

Travail de la Clinique Baudelocque

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

POUR

N°
298

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean PIMPANEAU

Né à Guise (Aisne), le 8 septembre 1903

Contribution à l'Étude

de

l'Étiologie et de l'Anatomie pathologique
des Hématomes vulvo-vaginaux

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933

Travail de la Clinique Baudelocque

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean PIMPANEAU

Né à Guise (Aisne), le 8 septembre 1906

Contribution à l'Étude

de

l'Étiologie et de l'Anatomie pathologique
des Hématomes vulvo-vaginaux

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNéo.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N... ..	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage et externat :

- M. LE PROFESSEUR HARTMANN, ex-professeur de clinique chirurgicale.
- M. LE DOCTEUR WIDAL, professeur de clinique médicale (*in memoriam*).
- M. LE DOCTEUR ALGLAVE, chirurgien des hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR GILBERT, professeur de clinique médicale (*in memoriam*).
- M. LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE, professeur de clinique chirurgicale infantile.
- M. LE DOCTEUR LÉON TIXIER, médecin des hôpitaux.
- M. LE PROFESSEUR TEISSIER, maladies contagieuses.
- M. LE PROFESSEUR GOUGEROT, maladies cutanées.
- M. LE PROFESSEUR GUILLAIN, maladies système nerveux.
- M. LE DOCTEUR CATHALA, accoucheur des hôpitaux.

Externat :

- M. LE DOCTEUR ROBINEAU, chirurgien des hôpitaux.
- M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE, professeur de clinique obstétricale.
- M. LE DOCTEUR RAVAUT, médecin des hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR LAUNAY, chirurgien des hôpitaux.

A MES AUTRES MAITRES

M. MARCEL PINARD, médecin des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR LACOMME, accoucheur des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR PORTES, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR DIGONNET, accoucheur des hôpitaux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Étude
de
l'Étiologie et de l'Anatomie pathologique
des Hématomes vulvo-vaginaux

INTRODUCTION

L'hématome vulvo-vaginal est, parmi les complications de l'accouchement, une des plus rarement observées.

Le hasard nous ayant fourni une observation complète, avec un examen anatomique fait dans les meilleures conditions, nous avons, sur le conseil de notre maître, M. le professeur Couvelaire, étudié les observations d'hématomes de la clinique Baudelocque, depuis la thèse précédente faite par Champeau en 1914, dans ce même service.

Nous avons eu spécialement en vue les circonstances étiologiques et l'anatomie pathologique de cette affection, et nous espérons pouvoir en dégager une idée pathogénique ; même avec l'appui des autres documents anatomiques, qui sont malheureusement des plus rares, nous n'avons pu réaliser cette espérance, comme nous le reconnaitrons en terminant.

Pour la terminologie de ces complications, nous

avons délibérément abandonné l'expression de thrombus, pour celle d'hématome, seule exacte au point de vue anatomique, et au point de vue clinique.

Nous suivrons, dans ce travail, le plan suivant :

Après l'exposé des observations que nous avons recueillies, nous étudierons la fréquence relative des hématomes.

Leur aspect clinique, leur évolution, leur pronostic seront brièvement passés en revue.

Par contre, nous nous attarderons davantage aux conditions étiologiques, à l'anatomie pathologique, et nous essaierons d'en tirer quelques conclusions.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Année 1917. — N° 289.

Femme de 33 ans qui entre à la Clinique le 9 mars 1917 en état de gestation pour la deuxième fois.

Elle a accouché une première fois en 1911, spontanément, à terme, d'un garçon. Présentation céphalique.

Deuxième gestation actuelle :

✓ *Examen d'entrée* : Varices des membres inférieurs.
Pas d'albumine.

Gestation à terme.

Au toucher : dilatation 5 fr. Présentation céphalique engagée en gauche antérieure. Bassin normal.

Auscultation positive. ●

La femme est en travail depuis le matin du 9 mars à 5 heures. La dilatation est complète à 15 h. 15.

Rupture des membranes spontanée, tempestive, qui donne issue à un liquide opalescent.

La femme accouche 15 minutes après, à 15 h. 30. La tête du fœtus se dégage rapidement en occipito-pubienne.

On constate alors un petit hématome de la grande lèvre droite.

La femme n'a aucune sensation douloureuse. Elle n'a aucune hémorragie, ne perd aucun caillot, ni avant l'ex-

pulsion, ni entre celle-ci et la délivrance qui est effectuée par traction et expression combinées 30 minutes après l'expulsion. Placenta : 500 grammes.

La femme sort le 21 mars, au douzième jour, en bon état. Sa température dans les suites de couches n'a pas dépassé 37°6.

En somme, il s'agit d'un cas de petit hématome apparu entre l'accouchement et la délivrance dans l'épaisseur même de la grande lèvre droite, diagnostiqué seulement par l'examen systématique après l'accouchement.

Nous retiendrons :

1° Son apparition fortuite après un accouchement tout à fait spontané chez une femme ayant déjà accouché antérieurement sans incident.

2° Son évolution bénigne presque apyrétique, probablement vers la résorption, dans un délai très court.

OBSERVATION II

Année 1917. — N° 354.

La femme, primipare de 21 ans, entre à la Clinique le 28 mars à 6 heures.

Elle présente des contractions utérines douloureuses depuis la veille au soir, 21 heures.

A son entrée, on constate : une présentation céphalique engagée en gauche antérieure ; un col complètement dilaté ; des membranes rompues (rupture précoce vers minuit le 27 mars).

L'accouchement se fait spontanément trois quarts d'heure après l'entrée de la femme (garçon vivant pesant 3.120 gr.) et la délivrance 30 minutes après l'expulsion, sans difficultés (poids 520 gr.).

La femme présente un hématome vulvo-vaginal droit sur le moment d'apparition duquel nous n'avons aucune précision (de même, d'ailleurs, que sur ses dimensions).

La température monte le premier jour des suites de couches à 39°3, à 38°1 le deuxième, pour redescendre ensuite progressivement à la normale.

L'hématome se rompt spontanément au quatorzième jour, au premier lever de la femme.

Traitement : lavage de la cavité à l'eau oxygénée, et méchage au peroxyde de zinc. La mèche est renouvelée le lendemain.

La femme sort du service le trente-troisième jour.

Voici encore un exemple d'hématome apparu après un accouchement et une délivrance entièrement spontanés, mais chez une femme jeune, en état de gestation pour la première fois.

La fièvre de résorption sanguine observée dans les deux premiers jours, l'évolution de l'hématome vers la rupture tardive, probablement par sphacèle de la paroi vaginale de la tumeur, sont beaucoup plus caractéristiques que dans l'observation précédente, de même que la lenteur de l'évolution.

Le traitement institué (méchage de la cavité) n'a eu pour but ici que de désinfecter une cavité largement ouverte dans les voies génitales et non, comme

losqu'on l'institue dans le cas de rupture précoce, pour prévenir tout retour offensif de l'hémorragie.

OBSERVATION III

Clinique Baudeloque.

Année 1919. — N° 1266.

I-pare de 26 ans.

4 octobre, à 4 heures, rupture prématurée des membranes ; à 14 heures, apparition des premières contractions utérines douloureuses ; à 16 heures, elle entre dans le service.

Au toucher : la dilatation est de 5 francs à ce moment. Présentation céphalique, mal fléchie. Membranes rompues.

Au palper : dos à droite ; paroi abdominale épaisse ; contractions utérines fréquentes. L'auscultation est positive.

Œdème des membres inférieurs. Température 37°3.

A 18 heures, la femme est montée à la salle de travail.

A 19 h. 15, la dilatation est complète.

A 19 h. 30, expulsion d'une enfant vivant du sexe féminin, pesant 1.720 grammes.

Dégagement en O. S. Au cours de la rotation, déchirure du périnée.

On est frappé des dimensions persistantes de l'abdomen.

Le palper permet alors de reconnaître la présence d'un deuxième fœtus en présentation longitudinale, avec

dos à droite. *Au toucher*, on sent une tête mal fléchie en voie d'engagement.

A 19 h. 45, expulsion du deuxième fœtus avec dégagement en O. S. Garçon vivant pesant 2.500 grammes.

A 20 h. 45, délivrance naturelle par traction et expression combinées.

En faisant la toilette de la femme, on constate alors au début de la déchirure périnéale signalée plus haut un hématome vulvo-vagino-périnéal localisé à droite.

Sur la lèvre droite existe une ecchymose large comme une pièce de 5 francs. *Au toucher*, l'hématome remonte sur la paroi latérale droite du vagin jusqu'à 5 centimètres environ.

Etant donné sa présence, on décide de ne pas suturer la déchirure périnéale. L'état de l'utérus est normal. Le pouls de la femme est à 116 à la minute et reste bien frappé. On lui fait toutefois une injection d'huile camphrée.

Suites de couches. — Elles sont marquées par une élévation modérée, mais progressive, du pouls et de la température jusqu'au cinquième jour.

La paroi vaginale de l'hématome se rompt au sixième jour, donnant issue à des caillots et à du liquide teinté. Cet écoulement cessera au bout de six jours environ. Le septième jour, éruption sérique qui se prolonge pendant quatre jours.

La température reste aux environs de 37°8 jusqu'au vingt-et-unième jour, date de la sortie de la femme.

Ici il s'agit d'un accouchement gémellaire, circonstance favorisante souvent signalée au chapitre des conditions prédisposantes.

Cependant, cette femme, primipare jeune, ne présentait rien d'anormal, et eut un accouchement et une délivrance tout à fait spontanés.

L'hématome apparu alors ne paraît avoir entraîné aucun phénomène douloureux malgré son volume moyen, et l'infiltration périnéale.

Ici encore rupture spontanée par sphacèle de la paroi vaginale après laquelle on n'a pas jugé utile d'instituer un traitement quelconque.

Il semble d'ailleurs que les suites fébriles prolongées soient en rapport avec une affection surajoutée (maladie sérique) au moins dans la première semaine des suites de couches.

OBSERVATION IV

Année 1920. — N° 465.

La femme, âgée de 24 ans, en état de gestation pour la première fois, est soignée depuis le cinquième mois pour syphilis et a reçu deux séries de piqûres.

L'accident primitif remonterait au deuxième mois de son mariage ; et il y a dix mois (soit en mai 1919 environ) elle aurait présenté des accidents secondaires : roséole et plaques muqueuses.

Elle ne présente, à l'entrée dans le service, le 11 mars à 3 heures, aucun accident.

Elle est à ce moment en travail depuis une heure environ.

Il s'agit d'une présentation céphalique engagée en

O. I. G. A., avec un col dilaté comme une pièce de 1 fr., des membranes rompues (rupture précoce).

La dilatation est complète à 7 h. 50, et l'accouchement a lieu spontanément à 8 h. 10, après vingt minutes d'efforts expulsifs, et un travail total de six heures environ.

L'enfant vivant, du sexe féminin, pèse 3.050 grammes. Il s'est dégagé en O. P.

Aucune lésion vulvo-périnéale. La femme perd normalement jusqu'à la délivrance qui se fait naturellement une heure après l'accouchement. Le placenta pèse 600 grammes.

A 11 heures, deux heures après la délivrance, on s'aperçoit en examinant la femme qu'elle présente un hématome vulvo-vaginal du côté droit.

La grande lèvre droite est tuméfiée en masse et présente par place des marbrures violacées, alternant avec des plaques livides.

La femme n'accuse aucun phénomène douloureux net: elle éprouve une simple sensation de brûlure.

Son pouls est à 90.

Suites de couches. — Le lendemain de l'accouchement, on constate une tuméfaction qui remonte à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette et sur la paroi latérale droite du vagin.

La lèvre droite est encore tuméfiée à sa partie inférieure, légèrement violacée à l'heure actuelle.

L'hématome s'est complètement vidé.

La température est à 37°

Au quatrième jour, utérus douloureux et glace sur l'abdomen.

La température monte à 38°3 le cinquième jour, puis

se maintient entre 37°6 et 37° jusqu'à la sortie de la femme, au seizième jour après l'accouchement.

En résumé, apparition inopinée de l'hématome après un accouchement et une délivrance dont aucun des temps ne pouvait faire redouter la moindre complication.

Nous remarquerons la discordance entre les signes fonctionnels presque inexistants, et l'importance de la tuméfaction.

On ne peut en tout cas imaginer suites plus simples après une rupture spontanée assez précoce (dans les 24 premières heures).

OBSERVATION V

Année 1920. — N° 488 *bis*.

La femme, âgée de 27 ans, en état de gestation pour la première fois, entre en travail le 14 mars à 17 heures. Elle va consulter chez une sage-femme agréée qui constate à 18 h. 30 une présentation céphalique, une dilatation de 1 franc, avec des membranes rompues (rupture précoce à 18 h.). La dilatation est complète à 20 heures.

L'accouchement a lieu spontanément à 20 h. 30, après une demi-heure d'efforts expulsifs. L'enfant vivant pèse 3.100 grammes. La délivrance se fait de façon spontanée une demi-heure après.

Deux heures après l'accouchement, la femme a la sensation d'une grosseur à la racine de la cuisse. En même temps, elle est prise de douleurs, d'ailleurs peu

intenses, de sensations de tension périnéale et anale, avec envie d'aller à la selle.

Elle ne dort pas de la nuit, et, cependant, ce n'est que le lendemain matin 15 mars qu'elle fait constater à la sage-femme l'existence de la grosseur.

Elle est alors amenée à la Clinique Baudelocque, où on constate, à l'examen, l'existence d'un *volumineux hématome vulvo-périnéo-vaginal*, développé aux dépens de la *paroi gauche* du vagin, et atteignant la dimension d'une petite tête fœtale.

L'hématome apparaît à travers la vulve qu'il entraîne, particulièrement à la partie inférieure ; il fait bomber le périnée de façon inégale, et plus dans la moitié gauche que dans la moitié droite.

La lèvre gauche est également soulevée en masse par la tumeur, mais les organes génitaux externes présenteraient aujourd'hui leur coloration normale.

L'hématome apparaît nettement violacé entre les deux lèvres.

Le périnée et la fourchette sont œdématiés, mais moins colorés que la tumeur.

Au *toucher*, on constate que l'hématome remonte à peu près à un travers de doigt au-dessus de la commissure antérieure.

La femme présente des varices légères des membres inférieurs.

Evolution. — Le 20 mars, à 13 heures (au 6^e jour), ouverture spontanée incomplète. Le 23 mars, M. le Professeur Couvelaire constate une ouverture à la partie externe et gauche de la vulve à la base de la grande lèvre.

La cavité se prolonge sous le périnée et sous la paroi postérieure du vagin.

Ablation de quelques caillots au doigt suivie de lavage de la cavité à l'eau oxygénée.

La température, qui était montée à 37°9 la veille de l'ouverture de l'hématome, n'a jamais ensuite dépassé 37°8.

La femme est sortie le 13 avril en bon état (au 30^e jour).

Ici encore nous trouvons un exemple survenu après un accouchement entièrement physiologique. L'hématome a toutefois dans ce cas été annoncé par des signes fonctionnels typiques. Mais, malgré son volume important, sa fissuration demi-tardive, complétée d'ailleurs à dessein par un curage digital, l'évolution a été ici encore des plus simples.

OBSERVATION VI

Année 1920. — N° 761.

La femme âgée de 35 ans, en état de gestation pour la troisième fois, est amenée en ambulance à la clinique le 1^{er} mai pour hémorragie.

Elle ne présente à l'entrée aucune douleur, aucun signe de travail.

Il s'agit d'une présentation céphalique engagée en G. A. avec enfant vivant.

Au toucher, le col est encore long, ne présente pas de bourrelet. Pas d'hémorragie à ce moment.

La température est à 37°.

Le pouls bat à 100 à la minute.

Les contractions utérines apparaissent peu après l'entrée de la femme, vers 10 h. 30.

A 14 h. 50, la femme ayant perdu une quantité notable de sang, on fait un nouvel examen.

L'auscultation est toujours normale. *Au toucher*, on trouve une dilatation entre 2 et 5 francs, des membranes rompues.

On sent alors, sur la paroi postérieure du vagin, dans la région para-médiane gauche, au tiers moyen, une tumeur kystique de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La dilatation progresse rapidement, avec émission de liquide teinté au moment des contractions utérines.

A 15 h. 25, la dilatation est complète. La femme ne perd plus. Un quart d'heure après, elle expulse spontanément un enfant vivant du sexe féminin pesant 2.330 grammes.

On constate alors la présence d'une déchirure périnéale légère.

A 16 h. 35, soit 55 minutes après l'expulsion, la femme se plaignant d'une douleur vive avec sensation de pesanteur, s'accompagnant d'envies de pousser, on l'examine à nouveau.

On constate alors un hématome vaginal de la paroi latérale droite, qui remonte assez haut le long de la paroi, et est environ de la grosseur d'une petite tête fœtale.

La délivrance se fait quelques minutes après, par tractions et expression combinées. Le placenta pèse 500 gr.

On ne refait pas le périnée. Les suites de couches sont marquées jusqu'au quinzième jour par une température oscillant entre 38°4 et 37°5, qui descend ensuite, avec de petites oscillations, entre 37°8 et 37°1.

La femme sort au vingt quatrième jour, en bon état.

L'intérêt de cette observation réside dans la découverte de l'hématome avant l'accouchement. L'examen fait alors nous a fait assister en quelque sorte à son premier stade.

Nous retrouvons signalé un signe fonctionnel typique de l'hématome vaginal, la réapparition d'efforts expulsifs par la présence d'un corps étranger suffisamment volumineux.

L'observation manque malheureusement de précisions sur l'évolution locale ultérieure.

OBSERVATION VII

Année 1920. — N° 1016 *bis*.

La femme, âgée de 29 ans, en état de gestation pour la deuxième fois, accouche chez elle spontanément le 18 juin à 4 heures.

Une demi-heure après l'accouchement, la délivrance se fait sans aucun incident, précédée par quelques contractions utérines normales.

Aussitôt après, la femme commence à éprouver de très violentes douleurs dans la région périnéale, et elle a une sensation analogue à celle causée par le passage d'une tête foetale dans le vagin.

A 5 heures, un médecin, appelé, conseille d'envoyer la femme à l'hôpital.

Elle arrive à la clinique à 6 heures, et, jusqu'à

10 heures, son état ne se modifie pas sensiblement : elle est pâle, et dit que ses douleurs sont plus vives.

A 10 h. 30, elle est examinée par M. le Professeur Couvelaire.

On voit à l'orifice vulvaire entr'ouvert un hématome latéral à parois extrêmement minces. Le doigt pénètre dans un couloir contre la paroi latérale du bassin.

L'hématome a les dimensions d'une tête de fœtus ; il est tendu. Il n'y a pas d'ecchymoses : l'hématome fait bomber la région périnéale, mais il est exclusivement périvaginal.

On note des varices très développées des membres inférieurs.

L'hématome ayant augmenté de volume depuis le début de l'examen, M. Couvelaire décide d'intervenir.

Incision. Evacuation des caillots : 470 grammes. Lavage de la cavité, puis tamponnement avec une mèche. Une compresse vaginale.

A 11 heures, la femme se sent mieux. Les lèvres sont colorées ; le pouls est à 112. On fait 500 grammes de sérum physiologique sous-cutané, et 60 cmc. de sérum antistreptococcique. A 12 h. 30, pouls à 92.

Le 20 juin, on retire la mèche de la cavité. On fait une injection aniodolée, et on remet une nouvelle mèche.

Le 22 juin, fétidité, injections vaginales aniodolées.

Lochies encore fétides le 23 juin avec streptocoques très nombreux.

La femme sort le 13 juillet du service, en bon état (au 26^e jour des suites de couches).

Ce cas est un des deux exemples que nous ayons relevé d'hématome sous tension, menaçant.

On a eu en outre du côté des signes généraux des indications, telles que la pâleur et l'accélération du pouls, qui ont fait décider l'intervention. La quantité du sang épanché (un demi-litre environ) n'est responsable de ces signes, que parce qu'elle a additionné ses effets à ceux de l'hémorragie physiologique.

Il n'en reste pas moins que l'expectative reste la conduite habituelle de l'accoucheur devant un hématome moyen.

OBSERVATION VIII

Année 1920. — N° 1983.

La femme, âgée de 35 ans, en état de gestation pour la première fois, entre à la clinique quatre heures après l'apparition des premières douleurs.

On note à l'entrée : des varices légères des membres inférieurs ; une présentation céphalique engagée en occipito-pubienne ; une dilatation complète.

Quarante minutes après son entrée, elle accouche spontanément d'une fille vivante pesant 3.050 grammes.

La délivrance se fait naturellement : le placenta pèse 450 grammes.

On note comme lésions vulvo-périnéales, en outre d'une déchirure de la fourchette qu'on suture, un petit hématome vulvaire, occupant la grande lèvre droite.

Mais on ne révèle aucun renseignement sur sa date précise d'apparition, avant ou après la délivrance, de même que sur son évolution locale.

La température, qui est à 37°4 le premier jour, a oscillé entre 37° et 37°6 les jours suivants, puis, après

être montée à 38° le seizième jour, est redescendue à 37°4 à la sortie de la femme, au dix-septième jour des suites de couches.

Cette observation, malgré certaines imprécisions, représente un cas bénin qui n'a modifié que de la façon la plus minime l'évolution.

OBSERVATION IX

Année 1925. — N° 666 *bis*.

Cette femme, âgée de 19 ans, en état de gestation pour la première fois, accouche en ville le 20 avril à 10 h. : accouchement spontané par le sommet d'un garçon vivant pesant 3.100 grammes.

On a relevé les diamètres céphaliques de l'enfant dont nous notons les principaux : occipito-mentonnier : 11 cm. ; bi-pariétal : 6 cm.

Le travail a duré en totalité sept heures environ.

Pendant la gestation, on n'a rien observé d'anormal ; en particulier, pas d'albuminurie.

Délivrée à 11 heures, la femme présente à midi un peu d'agitation, et surtout elle fait des efforts expulsifs. Son pouls est alors à 96. Rien d'anormal à la vulve.

Quelques heures après, les efforts d'expulsion ne cessant pas, la sage-femme pratique un toucher et constate l'existence d'un petit hématome du vagin, s'étendant à la grande lèvre droite et à la fesse. Le pouls est alors à 92.

A 20 heures, la femme est vue par un médecin qui constate : un pouls rapide à 116-120 ; un œdème de la

grande lèvre droite qui n'est pas infiltrée de sang ; une ecchymose périnéo-fessière large comme une petite paume de main.

La femme, qui ne présente aucun signe général inquiétant, accuse toujours une douleur notable au niveau du périnée.

On la fait néanmoins transporter à la Clinique Baudelocque.

Le 22 avril, le pouls, est redevenu normal. A l'inspection, aucune ecchymose, aucun œdème vulvaire. Existence d'une ecchymose périnéo-fessière à droite, s'arrêtant en dedans au niveau du raphé médian, en dehors, large d'une paume de main, en haut, limitée à la fourchette, en bas, dépassant l'horizontale de l'anus.

Pas de consistance particulière à ce niveau. Pas de douleur à la pression, ni spontanément.

Au toucher, on limite une tuméfaction oblongue étendue d'avant en arrière au niveau de la partie basse du vagin (elle occupe à peine la moitié de la hauteur de celui-ci).

Elle s'étend en profondeur sur six à sept centimètres environ. Son calibre peut être représenté par celui de trois doigts accolés. Cette tuméfaction n'est pas douloureuse. Fluctuation nette, pas de crépitation.

Du côté opposé (à gauche), les parties molles sont souples.

On ne tente pas d'autre examen. Au total, une tuméfaction vaginale et une ecchymose périnéo-fessière.

On ne relève dans les antécédents personnels ni signes de vulvo-vaginite, ni douleurs au moment des rapports.

Les suites de couches sont marquées par une éléva-

tion progressive de la température et du pouls jusqu'au quatrième jour (maximum thermique : $38^{\circ}4$; maximum des pulsations : 100).

Puis elle redescend progressivement en oscillant pour redevenir normale le quatorzième jour, ainsi que le pouls.

La femme sort en bon état au dix-neuvième jour, sans avoir subi aucun traitement particulier, que l'immobilisation avec glace sur l'abdomen.

Nous avons noté dans cette observation les petites dimensions du pôle céphalique pour un fœtus de poids moyen. Mais nous ignorons la durée de la période d'expulsion. Il semble que le travail ait été court pour une primipare.

Quant à l'hématome lui-même, en dehors des signes fonctionnels suggestifs qui l'ont signalé à l'attention, il n'a présenté aucune particularité dans ses signes ni dans son évolution qui mérite quelque mention.

OBSERVATION X

Année 1925. — N° 1609

La femme, âgée de 27 ans, entre à la clinique le 14 septembre à 11 h. 30. Elle est en état de gestation pour la première fois. Elle a été suivie à la Maternité où on a constaté, au cours des examens d'urine successifs, une albuminurie progressivement croissante (0 gr. 50, puis 2 gr. 50, puis 5 grammes) qui a fait prescrire pendant un mois le régime lacté absolu avec repos au lit,

Coïncidant avec cette albuminurie, on a noté de l'œdème des membres inférieurs.

La vieille de son entrée, elle a encore 2 grammes d'albumine par litre.

Les premières douleurs apparaissent le matin du 14 septembre à 2 heures. On constate à l'entrée une gestation de 8 mois environ ; une présentation céphalique ; des bruits du cœur bons ; un col dilaté comme 50 centimes avec des membranes intactes ; des urines albumineuses.

La femme présentant une syncope peu après, on prend alors sa tension artérielle qui est de 11,5/8 au Vaquez.

Le pouls est petit et bat à 84.

Le faciès est plutôt bouffi ; il existe un léger œdème des mains et des membres inférieurs.

A 12 h. 15, on reprend la tension : elle s'est élevée à 14/9,5. Un sondage vésical permet de retirer un peu d'urine, dans laquelle on constate une albuminurie massive.

A 14 h. 30, la tension est à 18/11. Le pouls est à 84. La dilatation étant complète, la femme commence à pousser.

Un quart d'heure après, elle expulse spontanément un garçon pesant 2.020 grammes et criant aussitôt.

La tension après l'accouchement est de 15,5/10,5. Le pouls est à 98.

Quarante-cinq minutes après l'accouchement, le placenta paraissant décollé, on commence une délivrance naturelle, mais une languette de placenta reste adhérente.

On termine donc artificiellement la délivrance, et on fait une révision utérine immédiate (le placenta était

en un point déprimé en cupule par un caillot d'hémorragie rétroplacentaire légère).

On remarque alors l'existence d'un énorme hématome de la paroi postéro-latérale droite du vagin.

On surveille la femme de près. Son pouls devient petit et rapide, et l'utérus, bien qu'évacué complètement, remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Toutefois sa consistance est dure. Il n'y a pas de métrorragie.

La femme se plaint peu après de pesanteur anale, en même temps que de troubles oculaires, de bourdonnements d'oreilles avec tendances syncopales. Refroidissement des extrémités du nez et de la langue.

Devant ces phénomènes de shock, on fait immédiatement :

Huile camphrée ; lavement adrénaliné ; sérum glucosé sous-cutané ; draps chauds.

Le lavement n'est pas gardé, et l'état devient de plus en plus inquiétant. La femme s'agite, et continue à se plaindre de mouches volantes, de sifflements dans les oreilles, et d'une extrême faiblesse.

On la met en déclive, on lui administre de l'adrénaline par la bouche.

A 18 heures, l'état général semble meilleur. Le pouls, quoique faible, est perceptible. La femme paraît se réchauffer, et ne présente plus de lipothymies.

Le 15 septembre, à 4 heures, elle a passé une bonne nuit. Le pouls est devenu bon, l'état général est très satisfaisant.

Elle a continuellement l'impression qu'elle va aller à

la selle, et ne se plaint plus, en dehors de ces pesanteurs périnéales, que de douleurs abdominales.

A 8 h. 30, température $37^{\circ}4$; pouls à 96, bien frappé ; tension : 14/10,5 au Vaquez.

L'utérus reste douloureux, de même que la région salpingienne droite.

Les suites de couches sont marquées jusqu'au cinquième jour par une température qui monte à $38^{\circ}6$, avec un pouls à 130, puis redescend entre 37° et $37^{\circ}4$ vers le dixième jour. La tension était de 13/7 le sixième jour.

La femme, malgré les observations qui lui sont faites, quitte le service au dix-huitième jour, alors que sa température avait tendance à remonter au-dessus de 38° .

Nous ne relevons aucun renseignement sur l'évolution de l'hématome.

Cette observation reste très intéressante par l'apparition de l'hématome vaginal (probablement entre l'accouchement et la délivrance), au cours d'un syndrome d'hypertension progressive avec albuminurie qui sont responsables de la légère hémorragie rétro-placentaire constatée à l'examen de l'arrière-faix.

D'ailleurs l'hématome est ici devenu un phénomène secondaire, devant l'importance du shock qui a, en réalité, accaparé toutes les préoccupations, et contre qui a été dirigée la thérapeutique.

OBSERVATION XI

Année 1927. — N° 468

La femme, âgée de 28 ans, en état de gestation pour la première fois, est entrée à la clinique le 28 février à 23 heures, en travail depuis huit heures environ.

Elle a été suivie à la consultation des femmes enceintes, où on a noté, au sixième mois de sa gestation, un gros nuage d'albumine à l'examen des urines. On lui a prescrit le régime lacté.

Huit jours après, les urines présentèrent encore un gros nuage d'albumine. La tension était alors de 14/11 au Vaquez.

A partir de cette date, malgré le régime lacté strict, l'albuminurie persiste.

A son entrée, on constate une gestation à terme, avec présentation du sommet en O. I. G. A. Enfant vivant ; dilatation de deux francs.

Il n'existe plus trace d'albumine dans les urines. La tension est à 13/6.

Il n'y a pas de varices.

Cinq heures et demie après son entrée, la femme est à dilatation complète. Elle accouche 40 minutes après, spontanément d'une fille vivante pesant 2.830 grammes.

Il s'est produit un gonflement brusque de la grande lèvre droite dans les dix dernières minutes de la période d'expulsion.

Ce gonflement augmente progressivement après l'expulsion, qui a, en outre, entraîné une déchirure superficielle du périnée, nécessitant une suture par deux crins.

Délivrance naturelle une demi-heure après l'accouchement.

La femme, au moment de la constitution de l'hématome, n'a accusé aucune douleur locale.

La tumeur reste de dimensions modérées, comme le constate un examen pratiqué quatre heures après. "

Limitée à la grande lèvre droite, elle est légèrement violacée et de consistance molle.

Les suites de couches sont subfébriles (entre 37°8 et 37°2).

Un examen, la veille du départ de la femme, constate que l'hématome est en voie de résorption : il persiste encore une induration de la grande lèvre de la grosseur d'une noix.

Le rôle joué par l'albuminurie de la gestation n'est plus aussi net que dans l'observation précédente, comme affection hémorragipare.

Nous retiendrons de cette observation essentiellement la constitution précoce de l'hématome au cours de la période d'expulsion, ce qui est relativement rare.

OBSERVATION XII

Année 1929. — N° 155

La femme, âgée de 35 ans, entre dans le service le 21 janvier à 11 h. 45. Elle est admise au pavillon des femmes tuberculeuses pour bacillose pulmonaire bilatérale ancienne.

En effet, actuellement en état de gestation pour la cinquième fois, elle a présenté les premiers symptômes

d'atteinte pulmonaire au cours de sa première gestation.

Ceux-ci ont d'ailleurs été au maximum au cours de sa troisième gestation, seule époque où on ait mis en évidence de rares bacilles dans l'expectoration.

Elle a accouché antérieurement quatre fois : trois fois sans difficultés d'enfants dont les poids variaient entre 2.000 et 2.500 grammes.

Une seule fois (troisième gestation), à l'occasion de l'accouchement d'un enfant pesant 3.440 grammes avec bi-pariétal de 9 cm. 5, elle a subi une application de forceps en droite transverse pour fatigue et modifications des bruits du cœur.

A cette occasion, à la clinique, on a déjà fait chez elle le diagnostic de bassin généralement rétréci avec promontoire élevé, à 10 cm. 5, et saillie des épines sciatiques.

A son entrée à la clinique, on note que la gestation actuelle (D. R., 7 au 10 avril 1928) pendant laquelle elle n'a consulté qu'une seule fois, a été marquée par de la dyspnée, de la fatigue avec anorexie pendant deux ou trois mois.

Elle ne présente en tout cas aucun œdème, aucune varice, aucune albuminurie.

L'examen obstétrical montre : une hauteur utérine de 31 cm., une présentation verticale avec tête mobile au D. S. paraissant déborder légèrement au palper mensurateur.

L'enfant est vivant.

Le toucher permet de retrouver un bassin généralement rétréci avec promontoire élevé atteint aux environs de 10 cm. 6.

Mais, vu l'antécédent créé par l'accouchement d'un

enfant de 3.440 grammes, on décide de tenter l'épreuve du travail.

A 17 heures, la tête est fixée, affleurant la S. P. On porte un bon pronostic.

A 21 h. 30, rupture artificielle des membranes à dilatation grande paume ; elle donne issue à une quantité assez important de liquide teinté de méconium.

Oedème de la lèvre antérieure du col.

La tête est bien fixée, d'aplomb dans l'aire du D. S., tangente à la symphyse pubienne.

A minuit, devant l'état d'agitation de la femme, la dyspnée, l'accélération du pouls, on envisage la question de l'intervention abdominale.

Mais à 1 h. 30 (le 22 janvier), la tête est engagée à la partie moyenne, la lèvre antérieure du col étant toujours œdématiée et la dilatation étant presque complète.

A 2 h. 10, dégagement rapide en O. P. d'un garçon vivant pesant 3.040 grammes, après un travail de 16 heures environ et une période d'expulsion de cinq minutes.

L'enfant présente, en outre d'une bosse séro-sanguine sur la région pariéto-occipitale droite, un chevauchement des sutures (pariétal droit sur pariétal gauche ; frontaux sur pariétaux). Le diamètre bi-pariétal est de 9 cm. 3.

A 4 h. 30, devant l'absence de décollement placentaire, on fait une délivrance hydraulique (en injectant 80 cmc. de sérum dans la veine ombilicale).

A 5 heures, le placenta est spontanément descendu dans le vagin, et on fait la délivrance par tractions sur le cordon (le placenta pèse 380 grammes).

L'examen de la face utérine montrant deux points

douteux, et la femme saignant un peu depuis, on fait à 5 h. 15 une révision utérine sans anesthésie : elle permet de ramener deux débris cotylédonnaires adhérents à la face antérieure de l'utérus, et correspondant aux points douteux.

Après une injection intra-utérine iodée de deux litres, la femme ne saigne plus.

Dans les suites de couches, la femme présente à la fin de la première semaine des lochies un peu purulentes.

Le douzième jour, en raison de la persistance de cet aspect des lochies et du volume de l'utérus qui reste à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse, on retarde le départ de la femme.

Le lendemain, on note, en même temps que des douleurs abdominales et pelviennes assez vives, une élévation thermique à $38^{\circ}4$ sans vomissements. On met de la glace sur l'abdomen.

Le surlendemain, 4 février, quatorzième jour des suites de couches, les phénomènes douloureux sont atténués ; il persiste toutefois une pesanteur périnéale douloureuse.

On examine alors la femme. L'utérus remonte jusqu'à l'ombilic ; sa palpation n'est presque pas douloureuse.

On ne perçoit aucun empatement sur ses bords ; il est en situation médiane et sa mobilité est certainement diminuée.

Au toucher, à 4 ou 5 cm. de la vulve, on est arrêté par une saillie de la paroi postérieure du vagin, qui bombe en avant ; le canal vaginal est déformé, aplati contre la symphyse.

Le col utérin est plaqué derrière le pubis, immobile.

En arrière, toute la paroi vaginale postérieure est soulevée par une masse volumineuse, remontant derrière l'utérus et aplatissant le cul-de-sac postérieur, descendant très bas, comme si elle dédoublait la cloison recto-vaginale.

Il est difficile de délimiter le bord supérieur de la tumeur. Il semble qu'on la perçoive dans la fosse iliaque gauche. Elle paraît avoir le volume d'une tête fœtale. Arrondie régulièrement, limitée en bas, plus diffuse en haut, elle semble adhérer à la face postérieure de l'utérus et n'est pas mobilisable.

Le toucher est relativement peu douloureux.

La muqueuse vaginale a gardé sa coloration normale; pas d'ecchymoses vulvaires.

Par le toucher rectal, on retrouve la même tumeur qui bombe dans l'ampoule.

Ce jour-là, la température, qui avait oscillé entre 38°2 et 37°, est à 39°.

Le 5 février : même état : 1 cmc. de propidon et glace.

Le 6 février (examen de M. le professeur Couvelaire) : Œdème de la grande lèvre gauche. La tumeur semble plus basse, descendant à 2 ou 3 cm. de l'insertion hyménale. Continuer le traitement. Diagnostic : hématome.

Le 7 : les douleurs pelviennes spontanées sont peut-être un peu moins vives. La pesanteur rectale persiste.

Dans l'ensemble, même état local, sauf disparition presque complète de l'œdème de la grande lèvre.

La température qui était à 39°9 le 9, redescend ensuite à 37°2 le lendemain, puis reste normale jusqu'au 9 mars, date de la sortie de la femme dont l'hématome est en voie de résorption,

Elle a de nouveau accouché au pavillon Tarnier en décembre 1930 sans incidents.

Il s'agit en résumé d'un volumineux hématome de la cloison recto-vaginale survenu après un travail traînant, du fait d'un rétrécissement pelvien modéré, qui a fait envisager un instant (surtout devant l'état général de la femme, bacillaire chronique) l'éventualité d'une césarienne.

Mais à quel moment faut-il placer son apparition ? Son diagnostic tardif est intéressant, car on a envisagé de façon aussi plausible une subinvolution utérine par infection modérée jusqu'au toucher qui a redressé le diagnostic.

OBSERVATION XIII

Année 1929. — N° 2.614

Le 8 décembre 1929 est admise à la clinique une Espagnole de 30 ans, qui avait été suivie régulièrement par la consultation, et chez qui on avait porté le diagnostic de gestation gémellaire.

En état de gestation pour la troisième fois, elle avait eu un premier accouchement à terme et sans difficultés, mais d'un enfant mort ; un deuxième accouchement en 1925 d'un enfant petit, à terme dit-elle cependant, et qui d'ailleurs a pu être élevé au biberon.

Aucun antécédent pathologique ne mérite d'être retenu.

Au cours de la troisième gestation surveillée à la clinique, on n'a noté aucune particularité, sauf quelques légères varices aux membres inférieurs. Depuis les der-

nières règles remontant au 8 avril, il ne s'était produit aucun incident. Les urines étaient normales.

Le travail se déclencha 8 mois après la fin de la dernière menstruation, et, lorsque la femme se présenta dans le service le 8 décembre à 21 heures, les douleurs duraient déjà depuis environ 6 heures, et la dilatation était presque complète. La sage-femme de garde constigna les constatations suivantes : hauteur utérine, 40 cm. Une tête engagée ; on sent une autre tête dans le flanc droit et un siège au fond de l'utérus ; un foyer d'auscultation net au-dessous de l'ombilic, un foyer moins net au-dessus. Membranes intactes. Dilatation presque complète. Urines normales. Température, 37°2.

Une demi-heure après, on pratiqua la rupture artificielle des membranes, et, après 30 minutes d'efforts expulsifs, la femme accoucha d'un garçon vivant de 2.680 grammes (à 22 heures).

Aussitôt après ce premier accouchement, on trouve la deuxième tête fœtale au D. S.

On rompt la deuxième poche des eaux, et la tête descend alors dans l'excavation en occipito-sacrée. Un deuxième garçon fut expulsé une demi-heure après le premier (à 22 h. 30). Son poids était de 2.500 grammes.

La délivrance s'effectua naturellement au bout de 35 minutes (à 23 h. 05). La placenta formait une seule masse pesant 900 grammes.

De petites anastomoses vasculaires, existant entre les vaisseaux des deux cordons, établirent indiscutablement que cette gestation gémellaire était une gestation unichoriale.

Ni pendant la gestation, ni pendant l'accouchement, ni même au moment de la délivrance, la femme n'avait donné la moindre inquiétude.

C'est une heure un quart après la délivrance qu'apparaissent les premiers signes anormaux.

La femme pâlit, s'agite et accuse une sensation d'envie de pousser. Au cours d'efforts expulsifs, apparaît à la vulve une masse bleuâtre, ayant l'aspect d'un pôle fœtal recouvert de membranes.

Un effort violent entraîne la rupture de la tumeur, et projette un flot de sang et de caillots dont le poids était d'environ 650 grammes.

Après cette rupture, on constate l'existence sur la paroi vaginale postérieure d'un petit orifice par où s'écoule un peu de sang et quelques caillots. La tumeur s'est affaissée, mais en écartant les lèvres, on aperçoit encore sa partie inférieure qui soulève la paroi vaginale postérieure.

A ce moment l'utérus paraît un peu mou, situé à deux doigts au-dessus de l'ombilic.

On prescrit de l'ergotine, et l'écoulement sanguin externe s'arrête.

L'état général n'étant pas inquiétant, on se borne à la thérapeutique habituelle par sérum et huile camphrée.

L'état reste apparemment stationnaire jusqu'à 4 h. 30. A ce moment, se reproduit un peu d'agitation ; le pouls est à 130. Il n'y a qu'un écoulement externe minime.

Une heure après, à 5 h. 30, s'échappe brusquement un jet de sang. L'état s'aggrave très rapidement. On tente une transfusion sans y parvenir en raison de l'état des veines, et la malade meurt à 6 h. 45, un peu plus de sept heures et demie après la délivrance.

Après la mort, on peut explorer les voies génitales. M. Lacomme trouve alors une volumineuse tuméfaction de la taille d'une tête de fœtus de 7 mois, siégeant dans

la paroi postérieure du vagin. Le pôle supérieur de la tumeur refoule le col utérin en haut, très au-dessus de la symphyse.

Le pôle inférieur descend à deux centimètres de la fourchette vulvaire, et présente un orifice du diamètre d'une pièce de deux francs.

L'autopsie, sur laquelle nous insisterons au chapitre de l'anatomie pathologique, a montré en outre que l'hémorragie avait dissocié la cloison recto-vaginale, et s'étendait latéralement jusqu'à la paroi pelvienne, infiltrant les ligaments larges, en l'absence de toute fissure ou rupture de l'utérus et du segment inférieur.

Cette observation, outre l'intérêt qu'elle présente par son caractère complet, offre celui d'un hématome survenu après une gestation gémellaire sans aucune autre circonstance favorisante.

La rupture rapide de la poche hémattique semble avoir été un obstacle à l'hémostase spontanée qui se produit dans ce cas.

Il semble impossible toutefois, pour ce cas particulier, de ne pas invoquer la rupture de vaisseaux un peu importants si l'on veut expliquer :

1° La tension de l'hématome ;

2° Sa reproduction rapide et les décollements qu'il a produits, malgré la première détente amenée par la rupture.

En tout cas, le tamponnement serré de la cavité eût ici été formellement indiqué, beaucoup plus que l'injection de sérum par exemple, dont le premier effet était de relever la tension sanguine.

FRÉQUENCE

Nous avons pu relever treize observations d'hématomes, sur les 32.241 accouchements effectués à la clinique Baudelocque entre les années 1915 à 1931 inclusivement, soit un cas pour 2.480 accouchements.

Champeau, dans la période précédente, avait relevé en trente années sur 54.000 accouchements dix-huit cas, soit un cas pour 3.000 accouchements environ.

A ces chiffres, nous joindrons ceux que Cadilhac avait réunis en 1891, additionnés de quelques statistiques plus récentes. Ils ont en effet l'intérêt de nous montrer comment est appréciée cette fréquence suivant les services, suivant les pays.

C'est ainsi que :

Winckel	donne	1 cas sur	1.600	soit	1 sur	1.600
Dubois	—	3	—	14.000	—	4.000
Blot	—	0	—	7.000	—	7.000
(Maternité de Paris).						
Bossi	—	2	—	5.660	—	1.600
Sassonoff	—	1	—	2.375	—	2.375
Hagenberger	—	11	—	14.000	—	1.200
(de Saint-Pétersbourg).						
—	—	8	—	19.396	—	2.400
Maternité de Vienne...	—	18	—	33.241	—	1.800
Johnston et Saint-Clair.	—	7	—	13.748	—	1.800
Heccer	—	2	—	17.220	—	8.600
Bastaki (de Bucarest)..	—	2	—	3.962	—	1.900

Spiegelberg	—	3	—	3.000	—	1	—	1.000
Ovrard	—	1	—	2.000	—	1	—	2.000
Charpentier	—	1	—	1.800	—	1	—	1.800
Lwoff	—	2	—	2.100	—	1	—	1.000
Spath	—	4	—	6.000	—	1	—	1.500
Tarnier	—	1	—	1.200	—	1	—	1.200
Ribemont-Lepage	—	1	—	2.000	—	1	—	2.000
Fabre et Rhenter	—	2	—	19.000	—	1	—	9.500
Thibandier	—	4	—	8.000	—	1	—	2.000
Deheux	—	1	—	1.600	—	1	—	1.600
Sugutin	—	1	—	3.285	—	1	—	3.285
Ashfeld	—	5	—	5.400	—	1	—	1.100
Hirsch	—	1	—	2.735	—	1	—	2.735
Clinique d'Innsbrück..	—	3	—	6.200	—	1	—	2.066
Pinard	—	18	—	54.034	—	1	—	3.000

(in « thèse de Champeau »).

L'addition des chiffres de ces statistiques, dont l'origine est si diverse, nous donne, toutefois une appréciation globale de la fréquence qui est ici, grâce aux 103 cas relevés sur les 250.000 accouchements, d'un cas sur 2.400 accouchements environ.

En mettant en parallèle ainsi les pourcentages des diverses origines, nous voyons en conclusion que nous pouvons apprécier cette fréquence à un cas sur 2.500 à 3.000 accouchements environ.

Nous devons tenir compte toutefois, pour cette fréquence, de la concentration nécessairement plus forte des cas compliqués dans les établissements hospitaliers.

Ainsi, sur les treize observations qu'on vient de lire, trois des femmes qui en font l'objet, avaient été accouchées et délivrées en ville, et n'ont été amenées à la clinique que devant la constatation de l'hématome.

ETUDE CLINIQUE

Date d'apparition

Elle est des plus variables, d'une part à cause de la rapidité plus ou moins grande de formation de l'hématome, qui n'atteint pas d'emblée son volume définitif, d'autre part à cause de sa localisation.

Il est évident qu'un hématome vaginal semblera apparaître dans certains cas plus tardivement qu'un hématome vulvaire qui se constitue sous nos yeux.

Il faudra des circonstances favorables, comme un toucher pratiqué en vue de vérifier le degré de dilatation du col, pour en faire le diagnostic très précoce (une heure et demie avant l'apparition des premiers signes fonctionnels comme dans notre sixième observation).

Nous pouvons résumer la date de constatation des hématomes dans le tableau suivant :

Avant l'expulsion : 2 fois.

Entre l'expulsion et la délivrance : 2 fois.

Après la délivrance : 9 fois, dont un cas diagnostiqué au treizième jour des suites de couches. C'est donc alors qu'il est le plus fréquent, ou qu'il s'extériorise le plus souvent,

Symptomatologie

Nous n'y insisterons pas, car elle est classique.

Rien n'est plus variable que la symptomatologie fonctionnelle qu'ils entraînent.

Si de simples brûlures, des piccotements, un peu de tension périnéale, peuvent très bien passer inaperçus chez une nouvelle accouchée, il n'en est pas de même lorsqu'apparaît chez elle à nouveau une envie de pousser impérieuse, parfois accompagnée de douleurs violentes comparables aux douleurs de l'accouchement lui-même.

En l'absence de tout signe de ce genre, l'hématome est souvent une découverte d'examen.

On le constate alors au cours, soit d'une toilette vaginale, soit de l'introduction de la main dans les voies génitales pour une délivrance artificielle par exemple, soit d'un toucher pratiqué dans un but diagnostique.

Siège

L'hématome peut être vulvaire. Dans ce cas il se développe habituellement aux dépens du tissu cellulaire de la grande lèvre, habituellement à droite.

Cette même prédilection pour le côté droit se retrouve également dans les cas d'hématomes vulvo-vaginaux, et dans les formes strictement vaginales.

Nous avons noté :

3 fois la localisation vulvaire (à droite).

- 4 fois la localisation vulvo-vaginale (dont une fois seulement à gauche).
- 6 fois la localisation vaginale avec :
- 3 fois siège latéral droit.
 - 2 fois aux dépens de la cloison recto-vaginale.
 - 1 fois pas de prédominance unilatérale notée.
-

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Les hématomes sont actuellement des complications bénignes, relativement à ce qu'on observait au siècle dernier (où la mortalité était de l'ordre de 35 %).

Mais cette bénignité n'est pas absolue.

On peut observer une évolution immédiate sérieuse, quoique rare.

L'hématome, dépassant les dimensions habituellement observées, atteint le volume d'une tête fœtale. Il fait saillie sous forme d'une poche augmentant à vue d'œil, à parois distendues.

Puis il éclate, et cette rupture spontanée précoce entraîne souvent l'évacuation de son contenu.

C'est une éventualité toujours sérieuse, car elle doit faire redouter la reproduction de l'hémorragie, soit insidieuse sous forme d'un simple suintement continu, soit sous forme d'une hémorragie en jet comme cela est parfois noté.

C'est à un fait de ce genre que semble dû le seul cas mortel enregistré dans nos observations.

Qu'il y ait rupture précoce ou simple fissuration de la poche, on doit de toute façon intervenir, et le seul traitement logique est dans ce cas le tamponnement.

Après avoir au besoin sous valves agrandi l'orifice et évacué prudemment quelques caillots, on met en effet en place une mèche de gaze stérile que l'on serre pour assurer une hémostase efficace, mais en procédant avec douceur pour éviter, soit de déchirer de nouveaux vaisseaux, soit de détacher des caillots déjà constitués.

On place ensuite un gros drain jusque sous le col utérin afin de permettre l'écoulement normal des lochies. Celui-ci serait impossible à travers une lumière vaginale aplatie, voire complètement obturée par le tamponnement.

Le tamponnement ainsi laissé en place 24 heures, suffit habituellement à assurer l'hémostase. On pourrait en cas de besoin le renouveler une fois ou deux encore.

C'est en tout cas le seul traitement logique des cas sérieux, où l'abondance de l'hémorragie est loin d'être négligeable (n'a-t-on pas évacué près de 500 grammes de caillots en incisant l'hématome de la septième observation ?) et où surtout sa répétition ultérieure, sous forme de sang liquide cette fois, peut être responsable de la mort par anémie aiguë (comme dans la treizième observation) où on n'a pas suivi cette ligne de conduite.

Dans les cas ordinaires, on observe que l'hématome après avoir atteint un certain volume, une certaine tension, s'arrête de croître.

On assiste alors à une évolution des plus simples, quoiqu'un peu trainante.

Mais elle peut encore être compliquée dans les jours qui suivent l'accouchement d'une rupture, celle-là tardive, par sphacèle secondaire de la paroi de l'hématome.

Dans les quatre cas où nous avons relevé cette évolution, la rupture s'est produite tantôt dans les vingt-quatre premières heures, tantôt au sixième jour, tantôt beaucoup plus tardivement au quatorzième jour.

Habituellement, le pronostic n'est pas aggravé par ce fait. Il n'est plus question dans ces cas de reproduction de l'hémorragie et, si on intervient alors, c'est pour vider la cavité de la plus grande partie de ses caillots.

C'est aussi pour y introduire une mèche de gaze antiseptique.

Malgré l'ouverture de la poche dans une cavité naturelle septique, on observe exceptionnellement une infection secondaire grave de celle-ci.

Si l'évolution ne se fait ni vers la rupture précoce ni vers la rupture tardive, on assiste à la résorption pure et simple de l'hématome.

Mais cette résorption est lente, sub-fébrile, surtout dans les dix ou quinze premiers jours.

En tout cas le séjour des femmes est habituellement prolongé au delà des onze ou douze jours des suites physiologiques, trois semaines, un mois, voire davantage.

La régression locale toujours lente, laisse au minimum une induration persistante *in situ*.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

Nous avons recherché si, dans les observations recueillies, nous pouvions trouver des faits ayant une influence quelconque, minime ou importante, sur la production des hématomes.

I

Nous avons d'abord cherché ces facteurs étiologiques dans *les affections générales* antérieures à l'accouchement.

Parmi les maladies pouvant jouer le rôle d'affections hémorragipares, nous n'avons à signaler qu'une seule catégorie de faits, observés d'ailleurs dans deux cas.

Il s'agissait d'albuminurie de la gestation, mais d'une albuminurie sérieuse, évolutive, résistant au régime lacté strict, même prolongé (plus d'un mois comme dans un des cas cités).

Mais, alors que dans une des deux observations, l'albuminurie disparut au cours du travail, sans s'accompagner d'aucune modification du côté de la tension, dans l'autre cas (10^e observation), les urines

étaient restées albumineuses au cours du travail. En outre apparaissait une hypertension artérielle progressive.

C'est au cours de ce syndrome albuminurie-hypertension que se sont manifestées alors, après l'expulsion, deux complications hémorragiques : une hémorragie rétro-placentaire discrète, et un hématome vulvaire dont l'apparition quasi-simultanée oblige fatalement à soupçonner la communauté d'origine.

En dehors de cela, nous ne trouvons plus aucun antécédent pathologique intéressant. La tuberculose ancienne, relevée dans un cas, — tuberculose subissant des réveils au cours de chaque gestation nouvelle — la syphilis acquise récente et correctement traitée relevée dans un autre cas ne nous ont paru présenter d'autre intérêt que celui d'affections intercurrentes banales, sans aucun rôle éventuel.

II

Les *affections gynécologiques locales* sont inexistantes. Nous ne trouvons mentionné en tout cas aucun signe d'atésie vaginale, aucune atteinte gonococcique vulvo-vaginale.

Quant aux varices, elles ont été signalées dans cinq observations, mais il s'agissait de varices des membres inférieurs, si banales au cours de la gestation, et non de varices vulvaires auxquelles certains auteurs ont attribué un rôle favorisant.

Mentionnons, en passant, que, si nous n'en trou-

vons aucun exemple chez les femmes porteuses d'hématomes, nous en avons noté, en dépouillant les observations, plusieurs cas, dont deux ou trois avec rupture externe.

Comme état anatomique préexistant à l'accouchement, nous avons surtout à noter un *rétrécissement pelvien*, d'ailleurs modéré. En effet la femme qui présentait ce bassin, type généralement rétréci avait eu auparavant 3 accouchements spontanés d'enfants pesant il est vrai de 2.000 à 2.500 grammes, et un accouchement plus laborieux terminé par forceps qui permit l'extraction d'un enfant vivant pesant 3.440 grammes. Le rétrécissement pelvien a contrarié encore l'engagement du cinquième enfant, puisque le travail dans ce cas particulier a traîné pendant quinze heures environ, pour aboutir cependant à une expulsion spontanée. Nous ne tenterons pas d'expliquer la formation de l'hématome dans ce cas particulier. Nous noterons toutefois que la femme a accouché depuis, une sixième fois, sans incident.

Nous avons réservé pour la fin de ce chapitre une circonstance locale assez souvent signalée dans les cas d'hématomes : *la gémellité*.

Champeau, sur ses dix-huit cas, l'avait déjà noté deux fois. A notre tour, nous en notons deux cas, en faisant remarquer qu'en réunissant les chiffres de nos deux travaux, nous observons quatre fois cette circonstance chez trente-et-une femmes, ce qui n'est peut être pas qu'une coïncidence.

Circonstances mécaniques de l'accouchement

Il nous reste à chercher dans ces circonstances s'il existe des faits anormaux auxquels on puisse attribuer un rôle prédisposant.

L'âge des femmes ne paraît pas intervenir dans ce sens. Si nous ne trouvons aucune femme relativement âgée, nous trouvons dans nos exemples toute une gamme allant de 19 à 35 ans.

Il semble, par contre, qu'on trouve un peu plus d'hématomes chez les primipares que chez les multipares (huit cas contre cinq).

Dans nos treize observations, nous notons qu'il s'agissait de présentations céphaliques, même dans les deux gestations gémellaires.

Dans tous les cas, le travail a eu une durée modérée : minimum 3 h. 30 ; maximum 15 heures. Encore ce chiffre a-t-il trait à la viciation pelvienne signalée plus haut.

L'expulsion proprement dite a toujours eu lieu, elle aussi, dans des délais plutôt courts, surtout si l'on tient compte de la présence de huit primipares dans les treize cas cités.

En effet, elle n'a jamais duré au delà de quarante à quarante cinq minutes. Le minimum observé a été de cinq minutes.

Le dégagement s'est effectué dans la majorité des cas, après rotation normale, en occipito-pubienne.

Seul un des jumeaux (cité dans la treizième obser-

vation) s'est dégagé en occipito-sacrée, ainsi que les deux jumeaux de la troisième observation.

Quant au poids des enfants, il a été trouvé tantôt moyen (maximum 3.100 grammes), tantôt petit (minimum 2.330 grammes).

Nous voyons donc en résumé que toutes les circonstances de ces accouchements, ultérieurement compliqués, étaient tout à fait normales, et que le traumatisme, dans ces conditions, était réduit au traumatisme physiologique.

Sommes-nous d'accord en cela avec les statistiques? Nous le croyons, au moins à la lecture de certains chiffres, comme ceux de Wimpfheimer qui, sur 117 cas d'hématomes puerpéraux, mentionne qu'ils sont apparus, quatre-vingt-treize fois après des accouchements spontanés, dix-huit fois seulement après des interventions, dont onze applications de forceps, et sept versions par manœuvres internes.

Circonstances de la délivrance

Nous trouvons ici encore beaucoup plus de faits physiologiques que d'incidents.

Dans onze cas, en effet, la délivrance s'est faite suivant le mode naturel, une demi-heure à une heure après l'expulsion du fœtus.

Si, dans deux cas, elle a nécessité une intervention, dans l'un d'eux au moins, celle-ci, une délivrance artificielle, n'a eu d'autre résultat que de faire découvrir un hématome déjà constitué.

Dans l'autre cas, on a pratiqué une délivrance hydraulique, suivie de révision utérine, mais la stagnation antérieure de la tête pendant un travail de 15 heures dans un bassin rétréci pouvait tout aussi bien être incriminée.

De toute cette énumération de faits, nous pouvons conclure que l'hématome est une complication absolument imprévisible pour l'accoucheur, puisqu'il peut apparaître au cours de n'importe quel accouchement, même le plus simple, et le plus physiologique en apparence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Nous n'avons pu tirer des circonstances étiologiques que des données très vagues.

Or nous allons voir que la pathogénie est encore plus imprécise.

Certains auteurs (Deneux, Blot, Cazeaux, par exemple) supposent à l'hémorragie une origine veineuse.

Constatant la richesse de la région vulvaire et des parois vaginales en veines, souvent plexiformes, ils émettent alors l'hypothèse suivante sur le mécanisme de l'hématome.

Pendant le travail, et surtout pendant les deux dernières phases de l'engagement et de l'expulsion du pôle fœtal, il y a une congestion intense de la région pelvienne et génitale par gêne de la circulation de retour. Toute cause exagérant cette pléthore veineuse physiologique favorisera donc l'apparition des hématomes.

Ces hypothèses sont en réalité difficiles à vérifier, parce que les faits anatomiques sont très rares, et que ceux qui ont été le mieux observés n'apportent que des renseignements assez vagues.

Perret, dans sa thèse de 1864, a réuni quatre observations :

Trois d'entre elles donnent uniquement des précisions sur le siège de l'hématome :

OBSERVATION I

(In thèse de Perret, 1864)

Il s'agit d'une femme âgée de 22 ans, enceinte pour la première fois et qui accoucha par le siège d'un enfant pesant 2.000 grammes le 13 mars 1854. Accouchement et délivrance normaux. Deux heures après l'accouchement apparurent des douleurs lombaires avec tenesme rectal et besoin de pousser. Par le toucher, on constata la présence d'une tumeur occupant la partie supérieure et latérale gauche du vagin, faisant saillie dans le rectum. La tumeur était petite au premier examen, quelques heures après elle avait acquis un volume considérable, la muqueuse vaginale amincie s'était rompue, un peu de sang s'était écoulé par la plaie. La tumeur remontait très haut vers la partie supérieure du bassin. On ne pouvait pas atteindre la limite supérieure. Trois jours après on ouvre largement la tumeur par le vagin, on retire 300 grammes de caillots fétides, on fait une contre-ouverture en traversant l'épaisseur du périnée à l'aide d'un trocart muni d'un tube à drainage. Mort neuf jours après.

Autopsie 24 heures après la mort.

La paroi abdominale est infiltrée de gaz et d'un liquide séro-sanguinolent de couleur rosée. La grande lèvres du côté gauche présente un œdème considérable

mais purement séreux. Le vagin est fortement poussé à droite et aplati. On ne constate aucune trace de varice, dans son épaisseur ni dans les parties environnantes ; à sa paroi postérieure on trouve la solution de continuité qui a été pratiquée avec le bistouri pendant la vie. Les tissus ont subi au pourtour de l'ouverture un commencement de mortification. La cavité du thrombus est spacieuse, ses dimensions sont de 9 centimètres dans le sens antéro-postérieur et de 4 centimètres dans le sens transversal. La paroi postérieure et latérale gauche de cette cavité est formée par le sacrum et les aponévroses de l'excavation pelvienne du côté gauche ; la paroi antérieure est formée par le ligament large et la paroi interne ou latérale droite par le vagin, l'utérus, la vessie et le rectum. De la partie la plus déclive de ce foyer part un trajet fistuleux pratiqué pendant la vie pour passer un tube en caoutchouc. Les parois de ce trajet sont noirâtres et présentent un commencement de mortification. Dans le foyer, on trouve du pus en petite quantité, des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et une sorte de bouillie noirâtre mélangée de nombreuses gouttelettes huileuses. Le tissu cellulaire pré-vésical est infiltré de sérosité légèrement sanguinolente ; il en est de même de la paroi de la vessie. La muqueuse de cet organe est soulevée et détachée des couches sous-jacentes par de nombreuses bulles de gaz. Les parois de l'utérus sont minces et l'incision laisse sortir une quantité assez considérable de pus infiltré. Cet organe n'est pas revenu sur lui-même, il offre une capacité considérable, et dans son intérieur il y a une bouillie noirâtre très épaisse et très fétide. Le tissu cellulaire péri-rectal est fortement infiltré, les parois du rec-

tum paraissent saines. Dans la cavité du péritoine on trouve 250 à 300 gr. de sérosité sanguinolente sans trace bien manifeste d'inflammation de la séreuse. Le tissu cellulaire sous-péritonéal de l'abdomen est le siège d'une infiltration sanguine très abondante, qui remonte jusqu'au-dessus des reins, se continuant en bas avec la cavité du thrombus. Cette infiltration a suivi l'insertion du mésentère entre les lames duquel elle s'étend, envahissant l'atmosphère celluleuse des deux reins mais surtout à gauche. Ces derniers organes ainsi que la rate et le foie sont exsangues et considérablement ramollis, les autres organes : poumons, cœur, cerveau ne présentent rien de particulier. On ne trouve pas d'abcès métastatique ; épaisseur considérable de la paroi vaginale, infiltration séreuse analogue à celle mentionnée des grandes lèvres.

OBSERVATION II

(In thèse de Perret.)

Accouchement spontané chez une primipare d'un garçon vivant. Durée du travail six heures.

Quelques heures après l'accouchement, on constata par le toucher la présence d'une tumeur volumineuse soulevant la paroi postérieure et latérale droite du vagin. A la partie inférieure du vagin, on constata une déchirure de la paroi vaginale par laquelle le sang rouge s'écoulait en jets isochrones au battement du pouls.

Autopsie. — Péritonite puerpérale ; sur la paroi latérale droite du vagin existait une cavité pouvant loger le poing. Elle était pleine de caillots sanguins, noirâtres, un peu fétides, et au-dessus de la tumeur,

dans le tissu cellulaire de la cavité pelvienne, il y avait une infiltration sanguine abondante qui remontait jusqu'au niveau du détroit supérieur.

OBSERVATION III

(In thèse de Perret.)

Primipare 23 ans. Accouchement spontané d'un enfant pesant 3.200 grammes. Apparition de la tumeur deux heures après l'accouchement, quand se manifesta une hémorragie abondante. Mort six jours après.

Autopsie. — Ventre non ballonné, vulve bleuâtre, congestionnée, sans escharres. Le péritoine renferme environ 3/4 de litre d'un liquide trouble et roussâtre assez foncé, sans flocons pseudo-membraneux. Il n'y a pas d'inflammation bien manifeste du péritoine soit viscéral, soit pariétal. Les intestins n'offrent pas une distension exagérée. La région du petit bassin, les régions sus-jacentes présentent une teinte bleu-noirâtre sanguine, produite par une infiltration très prononcée de sang noir dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, s'étendant à la paroi abdominale antérieure jusque dans la gaine du muscle grand droit. Cette infiltration envahit même la région des flancs, surtout à droite ainsi qu'une partie du mésentère. La progression s'est faite de bas en haut (décroissance de l'intensité de la teinte et de l'abondance du liquide infiltré). Du côté droit le sang plus abondant forme une nappe mince sous le péritoine à la région inférieure. Cette infiltration se relie avec le foyer du thrombus qui en est évidemment le point de départ. Le tissu cellulaire sous-péritonéal du

cul-de-sac vésico-utérin est infiltré d'une sérosité seulement teintée en rouge par le sang, et celui de toute la paroi postérieure du petit bassin par du liquide brunâtre, rappelant par son aspect la teinte de la boue des phlébites. Au total la quantité de sang infiltré n'est pas considérable, 80 à 100 grammes. La symphyse pubienne étant écartée, elle nous offre une inflammation de la synoviale qui est inégale et comme fongueuse, une portion du pubis droit enlevé ainsi qu'une partie de la paroi vaginale antérieure, le foyer du thrombus est mis à découvert. Sa cavité, capable de loger un œuf, est de forme elliptique à grand axe parallèle à la paroi latérale droite du vagin, offrant à son extrémité inférieure, située à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'orifice vulvaire, une déchirure assez large pour laisser facilement pénétrer le pouce. Les parois ont environ 3 millimètres d'épaisseur, et sont constituées par du tissu légèrement condensé. Son contenu est presque nul, un peu de liquide brun, épais, sanieux, en contact avec la face interne qui est tomenteuse mais assez régulière dans sa forme générale. De ce foyer semble partir l'infiltration dont il a été parlé et que l'on suit facilement jusque dans le petit bassin sur la paroi latérale droite en particulier. Il fut impossible de découvrir la bouche vasculaire qui avait fourni le sang ; à part l'infiltration sanguinolente péri-utérine du tissu cellulaire sous-péritonéal, la matrice et ses annexes ne présentent aucune lésion. Il existe bien, il est vrai, à la face extérieure de l'utérus, au point correspondant à l'insertion du placenta, une teinte légèrement vineuse, mais le tissu à ce niveau n'est point ramolli. Les sinus ne présentent aucune altération. Cet organe est revenu sur lui-même, et n'a pas plus de 16 à

18 centimètres de longueur. Son tissu est normal, sa face interne d'une belle couleur rosée ; le placenta était inséré sur la face antérieure. Ovaires et trompes sans lésion. Cependant, en un point des ligaments larges, existait une infiltration séreuse, jaunâtre, avec quelques gouttelettes purulentes. Tous les autres organes abdominaux et pectoraux sont sains, la rate est seulement plus volumineuse qu'à l'état normal, la vessie est très pâle, les muscles sont très colorés et contrastent par là avec l'anémie générale. L'intestin a une apparence normale.

Par contre, une autre d'entre elles apporterait la preuve que les deux conditions essentielles supposées à l'origine des hématomes sont effectivement réalisées :

1° La rupture de vaisseaux de petit calibre ;

2° L'existence de zones de décollement entre les différents plans des tissus du petit bassin.

Nous la reproduirons ici intégralement avec les phrases mêmes de l'auteur.

OBSERVATION

(In thèse de Perret, 1864)

Il s'agit d'une femme de 20 ans à sa première gestation à terme. Durée du travail 10 heures. Durée de la période d'expulsion une heure. Présentation céphalique O. I. G. A., enfant vivant pesant 3.250 grammes.

Deux heures et demie après l'accouchement, violentes douleurs lombaires, tenesme rectal, besoin de pousser par en bas. On sent par le toucher vaginal une tumeur

peu volumineuse qui occupe la partie postérieure et latérale droite du vagin. Un second toucher fait peu de temps après constate un développement considérable de la tumeur.

Quatre heures après, on ne constate à l'extérieur des lèvres et de la vulve aucun changement de coloration, aucune tumeur.

Déchirure du périnée sur 3 centimètres.

Eraillure de la partie postérieure du vagin qui fait une saillie considérable, violacée, qui oblitère à peu près l'orifice vaginal. La tumeur n'a pas augmenté depuis le second toucher, elle semble avoir atteint le maximum de développement dans l'intervalle de 5 à 10 minutes, au moins dans ses parties accessibles.

Cette tumeur occupe toute la longueur de la partie latérale gauche et postérieure du vagin jusqu'au col de l'utérus, au delà duquel elle s'étend peut-être, l'exploration ne pouvant être portée plus loin. Consistance élastique assez faible sans la moindre sensation de fluctuation.

Malgré son volume, elle permet l'introduction du doigt entre les parois accolées du vagin, jusqu'au col de l'utérus qui est élevé et fortement déjeté à droite et en avant ; il n'offre rien d'anormal dans sa forme et ses dimensions.

La tumeur qui est fortement convexe dans l'intérieur du vagin s'aplatit et se surbaisse au voisinage du col.

Par le toucher rectal, on constate que la tumeur fait une saillie considérable dans le rectum qu'elle oblitère en partie ; la muqueuse rectale est intacte, aucun écoulement de sang ne se fait par l'anus.

Etat général. — La malade est pâle ; pouls fréquent,

faible et dépressible, sueurs froides et lipothymies à certains moments. Etat d'anxiété extrême. L'utérus volumineux et dur est assez contracté ; ni douleur, ni ballonnement du ventre, la malade ne fait aucun effort et n'éprouve aucun besoin d'expulsion.

Elle n'accuse comme symptôme principal qu'une douleur gravative de la région lombaire.

On fait une incision de 3 à 4 centimètres à la partie la plus déclive de la paroi postérieure du vagin. Il s'écoule par la plaie une assez petite quantité de sang liquide.

Le doigt introduit dans la cavité anormale l'explore facilement et peut vider le foyer des caillots qu'il contient ; le poids du sang sorti a pu être évalué à 250-300 grammes. Il se fait encore dans le foyer un écoulement de sang très peu abondant. Les parties sont fortement aspergées avec de l'eau froide.

Par l'exploration de la cavité on constate qu'elle s'étend par en bas vers l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts et que sa paroi postérieure est formée par le rectum, seule reconnaissable à sa minceur et à sa souplesse.

Les lèvres de la déchirure périnéale sont rapprochées à l'aide de 3 serre-fines. On administre des toniques, on met un bandage de corps garni de ouate qui comprime la paroi abdominale. La nuit du 18 au 19 la malade repose sans douleur. L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Le 19, pouls 110, ventre non douloureux, pas de ballonnement ni météorisme, pas de douleur lombaire.

L'utérus est bien rétracté ; battements du cœur réguliers ; sans bruit anormal ; pas de souffle. Il n'y a pas eu de garde-robe depuis l'accouchement, la ma-

lade ne peut uriner et a dû être sondée, elle est calme, respiration légèrement accélérée, on ne constate aucune ecchymose à l'extérieur.

On fait une injection de 2 litres d'eau simple dans le foyer avec un irrigateur muni d'une grosse canule avec plusieurs orifices à son extrémité.

La canule, qui a 16 à 18 centimètres de longueur, disparaît presque entièrement lorsqu'elle est poussée jusqu'à l'extrémité postérieure de la cavité accidentelle, on l'enfonce à des profondeurs variables pour baigner l'étendue du foyer.

Cette injection sort d'abord fortement colorée par du sang pur, puis viennent quelques caillots, les uns plus anciens, les autres paraissant de formation plus récente, mais en petite quantité, et l'injection ne tarde pas à revenir sans coloration sensible.

On donne des toniques, des potages qui sont bien supportés. Lavement émollient suivi de garde-robes peu abondantes ; une deuxième a lieu involontairement. Le cathétérisme a dû être renouvelé.

Une deuxième injection est faite le soir en même quantité et de la même façon, elle donne les mêmes résultats, les parties n'exhalent aucune odeur fétide.

Il existe à la partie interne des petites lèvres et de chaque côté des eschares grisâtres circulaires et peu étendues.

Les serres-fines sont retirées à cause de la coloration violacée des lèvres de la déchirure. On recommande à la malade de tenir les cuisses aussi rapprochées que possible, la compression du ventre est continuée. La nuit du 19 au 20 procure un repos assez complet.

Le lundi 20, même pâleur, ni douleurs ni développe-

ment du ventre, ni sensation anormales par l'exploration de ces parties ; rien non plus à noter à l'extérieur des parties génitales.

On constate seulement que la déchirure du périnée ne s'est pas réunie, que les lèvres en sont engorgées et recouvertes d'ulcérations grisâtres.

Les eschares vulvaires de même couleur se sont étendues et sont recouvertes de matière sanieuse. L'injection est renouvelée dans le foyer, elle sort d'abord fortement colorée, présentant déjà un certain degré de fétidité et entraînant avec elles quelques petits caillots qui paraissent de formation ancienne.

L'état général est moins satisfaisant. Le poulx à 120 est mou ; la chaleur est vive, la peau sèche ; rien au cœur, ni dans les vaisseaux, respiration accélérée. Cependant la malade dit se trouver assez bien ; ni nausée ni vomissements, pas de garde-robe dans la nuit ; le cathétérisme est encore pratiqué le matin et répété 3 fois dans la matinée.

Dans le courant de la journée la malade est dans une somnolence à peu près continuelle, mais calme et sans rêvasserie.

Toniques, bouillons, potages ; l'administration d'une cuiller de ricin provoque une garde-robe liquide.

A la visite du soir la prostration est plus grande, la langue est humide, avec un enduit blanchâtre, peu épais ; l'injection revient colorée par un liquide plutôt sanieux que purement sanguin, il reprend une odeur de plus en plus fétide.

L'exploration de la cavité avec le doigt y fait constater la présence d'une certaine quantité de caillots trop volumineux et déjà trop fermes pour être entraînés par

l'injection ; le doigt peut en emmener à l'extérieur une certaine portion, ils paraissent de formation récente. Pendant la journée, les eschares vulvaires sont souvent aspergées avec de l'eau additionnée d'une petite quantité d'eau-de-vie camphrée, ce n'est plus de l'eau pure mais ce même liquide qu'on a employé pour les injections de la journée.

Le 21, à 4 heures du matin, cette femme, qui avait jusqu'à cette heure bien reposé, n'avait eu aucun frisson, commence à ressentir des douleurs assez vives dans le dos, dans les lombes et dans le ventre, elles persistent encore à la visite du matin ; le ventre est développé, tendu, sonore à la percussion qui, même légère, est douloureuse. Le faciès est profondément altéré. Les yeux excavés sont bordés d'un cercle bleuâtre, pâleur du visage et des téguments, chaleur plus vive, pouls faible, dépressible à 140 ; la soif est intense, la langue large, humide, avec un enduit noirâtre, peu épais ; ni nausée, ni vomissements, la malade a eu quatre garde-robes diarrhéiques depuis la veille ; le cathétérisme est encore nécessaire.

La respiration est fréquente, suspicieuse, plainte continue et prostration profonde, les moindres mouvements exacerbent les douleurs. Les grandes lèvres sont tuméfiées ainsi que les bords de la déchirure périnéale qui sont sphacelés dans toute leur épaisseur ; les eschares vulvaires se sont étendues, elles sont recouvertes d'un détritüs putrilagineux et sanguinolent très fétide, elles ont aussi gagné en profondeur, et par des tractions même légères on détache facilement des lambeaux de tissu cellulaire sphacelé qui existent en grand nombre à l'entrée du vagin.

La paroi postérieure de ce dernier d'une coloration violacée, noirâtre, a pris une épaisseur considérable et paraît fort infiltrée ; elle oblitère presque complètement l'entrée du vagin. Toutes ces parties sont le siège d'une chaleur très vive. On lave la vulve avec de l'eau additionnée d'eau-de-vie camphrée. Une injection de 2 litres est faite dans le foyer de la même manière que précédemment. Elle revient teintée d'un liquide sanieux d'une fétidité extrême, mais sans entraîner après elle de caillots, bien que après le toucher on puisse en constater une petite quantité, il est vrai, dans la cavité.

On ordonne deux lavements émollients, du bordeaux et des bouillons. Dans la journée, la prostration va croissant, les lavements sont rendus involontairement. Le cathétérisme est encore pratiqué, la vulve abstergée plusieurs fois. La malade est dans une somnolence continue, poulx insensible ; elle perd la parole vers 2 heures de l'après-midi. La sécrétion laiteuse ne s'est pas opérée.

Elle meurt à 5 heures du soir le 21 juin.

Autopsie. — Le 23 juin, 38 heures après la mort.

Le cadavre présente toutes les traces d'une décomposition avancée (La chaleur de la journée du 22 a été très grande).

L'abdomen est très développé, une coloration verdâtre s'étend sur sa surface, intense, surtout dans les deux tiers inférieurs, envahissant aussi la partie supérieure des cuisses, où l'on sent une crépitation gazeuse, plus prononcée dans le membre gauche.

Les grandes lèvres, la région pubienne et la fesse gauche ont le même aspect que les parties ci-dessus. Il en est de même du thorax à sa partie postérieure, où l'on peut constater aussi une infiltration gazeuse.

Le tissu cellulaire de la paroi abdominale incisée est tendue par les gaz ; il ne présente pas du reste d'autres altérations, excepté au voisinage du pubis où il est infiltré de sérosités sanguinolentes. Le même liquide se retrouve dans la gaine des muscles grands droits. Le tissu cellulaire de ce point de la paroi, de même que celui qui est immédiatement recouvert par le péritoine pariétal, est noirâtre et d'aspect putrilagineux. La sérosité qui s'écoule à l'incision de ces parties est mélangée de nombreuses gouttelettes graisseuses. La cavité péritonéale, outre des gaz très fétides qui s'échappent par l'incision, contient au moins 300 grammes de sérosité roussâtre, tenant en suspension une grande proportion de gouttelettes huileuses. Le péritoine viscéral ne paraît point enflammé. L'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin sont très distendus, mais ne sont le siège d'aucune altération. L'épiploon est fortement congestionné, seulement à sa partie inférieure ; on ne trouve pas d'adhérences.

Le mésentère est encore infiltré de sérosités rougeâtres.

Les intestins, enlevés avec précaution pour léser le moins de vaisseaux possible, laissent voir le tissu cellulaire sous-péritonéal, distendu de gaz, et le même liquide séro-sanguinolent.

L'infiltration envahit l'atmosphère celluleuse des deux reins, plus prononcée néanmoins du côté gauche. En outre, ce tissu cellulaire est noirâtre. On peut facilement en détacher des lambeaux qui paraissent à peu près complètement sphacelés. L'infiltration s'étend vers les parties inférieures, dans le tissu cellulaire de la cavité pelvienne et se continue avec le thrombus qui en est évidemment le point de départ. La tumeur occupe la partie

latérale gauche et un peu postérieure de la cavité pelvienne, sa capacité est considérable.

En haut, elle s'étend jusqu'au voisinage de l'angle sacro-vertébral, dépassant le sacrum un peu à droite vers sa partie inférieure, elle ne dépasse pas la ligne médiane de cet os.

La paroi postéro-externe de ce foyer est donc formée par le sacrum et l'aponévrose pelvienne qui ne m'a pas paru complètement intacte ; sa paroi interne est formée par le vagin et le rectum porté un peu à droite. L'antérieure est constituée par le péritoine, inférieurement l'épanchement se prolonge jusque dans l'épaisseur du périnée dont la peau et le tissu cellulaire sont intacts. La paroi vaginale est à nu et comme disséquée, elle est très épaissie, infiltrée de sérosités, elle présente seulement en bas la trace de l'incision qui n'a pas moins de 3 à 4 centimètres d'étendue dans le sens antéro-postérieur.

J'ai fait quelques tentatives pour rechercher quels étaient les vaisseaux rompus ; à cet effet, j'ai pratiqué une première injection avec de l'eau par la veine fémorale, en comprimant la veine iliaque primitive, et j'ai constaté que le liquide de l'injection venait sourdre en nappe à la surface du foyer. Il est donc probable qu'aucune veine un peu importante n'était rompue.

Une seconde injection pratiquée par l'artère iliaque primitive aussi avec de l'eau s'est comportée comme la première ; elle s'écoulait également en nappe à la surface du foyer, d'où la conclusion qu'aucune artère un peu volumineuse n'était ouverte, et qu'enfin, des vaisseaux artériels et veineux d'un très petit calibre avaient contribué en même temps à la formation du foyer sanguin.

Le foyer offre sur toutes ses parois une coloration noirâtre, uniforme, qui en marque très bien les limites. Il contient quelques petits caillots sanguins, des lambeaux de tissus cellulaires sphacelés et une certaine quantité de matière putrilagineuse, ressemblant assez à celle qui tapisse la face interne de l'utérus, des femmes récemment accouchées.

L'examen plus minutieux de la paroi vaginale fait bien reconnaître que le foyer est tout à fait en dehors, et qu'elle ne contient dans son épaisseur aucune infiltration sanguine.

Les muscles pyramidaux, obturateur interne et sphincter externe de l'anus sont ecchymosés dans les points voisins du foyer. Dans le côté droit de la cavité pelvienne on trouve une disposition sur laquelle je désire attirer l'attention, car elle me paraît avoir une certaine valeur au point de vue du mode de formation des thrombus. Les mailles du tissu cellulaire sont dissociées et séparées assez complètement pour former une cavité capable de loger un œuf de poule. Cette poche est située au niveau de la branche horizontale du pubis et de la partie supérieure du trou obturateur. Elle ne contient ni caillots, ni sang liquide. Il me paraît évident que si un certain nombre de vaisseaux s'étaient rompus dans le voisinage de cette cavité, il se serait formé là une tumeur sanguine. La vessie fortement revenue sur elle-même est saine. L'utérus bien rétracté est très coloré à sa face postérieure, les ligaments larges sont intacts ; à l'incision de la matrice, qui paraît exsangue et ramollie, on fait sourdre de son épaisseur du pus. Les veines ne contiennent que très peu de sang très fluide.

Les poumons sont emphysémateux et contiennent des

gaz, dus probablement à la putréfaction. Les deux cavités pleurales renferment une certaine quantité de sérosité sanguinolente sans trace d'inflammation ; quelques fausses membranes de formation ancienne existent dans la plèvre droite. Le péricarde est intact. Le cœur a son volume normal, ses orifices n'offrent aucune altération, ses cavités ne contiennent qu'une petite quantité de sang très séreux.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Cependant, il nous semble bien à la lecture des faits que cette preuve est discutable.

L'affirmation, après des injections d'eau par les gros troncs veineux, puis artériels, en voyant simplement sourdre le liquide en nappe à la surface du foyer hémorragique, que l'hémorragie venait donc de vaisseaux de petit calibre, comporte deux critiques.

1° Une injection, poussée sous forte pression, dans un vaisseau important, fera toujours à un moment donné, la pression croissant, céder une paroi vasculaire quelconque.

Mais celle-ci sera, à n'en pas douter, avant tout celle de collatérales de petit calibre.

2° Ceci est d'autant plus probable que Perret, il le signale lui-même avec forces détails, a opéré sur un cadavre en pleine putréfaction.

Il n'y a rien d'extraordinaire alors que le sphacèle qu'il mentionne partout ait pu commencer à atteindre les vaisseaux, ceux de petit calibre à parois minces étant les plus rapidement intéressés,

La deuxième affirmation de Perret, l'existence de zones de décollement dans les tissus pelviens, est également très sujette à caution.

Ce sont toujours les conditions dans lesquelles se trouvaient l'auteur qui nous paraissent particulièrement défavorables.

En effet, il est absolument impossible d'attribuer une valeur quelconque à une cavité, à un soi-disant décollement, dans des tissus où l'on trouve notée plus haut l'existence de fermentations anaérobies, avec crépitation, formation de gaz.

En réalité, on ne peut donc retenir, comme dans les observations précédentes, que les dispositions topographiques de l'hématome.

C'est aussi la seule indication utile que nous donne notre observation n° 13.

Voici quelles ont été les constatations faites dans ce cas terminé par la mort après rupture et récursive brutale de l'hémorragie :

A l'ouverture de l'abdomen s'écoule une petite quantité de liquide séro-sanguinolent.

L'utérus remonte très haut dans la cavité abdominale, dépassant largement l'ombilic. Le col est refoulé au-dessus de la symphyse.

Les deux ligaments larges sont bleus, infiltrés de sang, et la coloration s'étend jusqu'aux fosses iliaques. Le feuillet antérieur du ligament large est barré obliquement par le ligament rond, qui, indemne d'infil-

tration hématiche, se détache sur le fond bleuté du péritoine teinté par le sang sous-jacent.

Le mésosalpinx n'est que légèrement infiltré à droite et un peu plus à gauche.



Il n'y a aucune collection dans le Douglas, mais quand on soulève l'utérus, on remarque des taches noires entourées d'un piqueté hémorragique, siégeant sur la face postérieure du vagin et la partie basse de l'utérus.

La berge rectale, de même que le fond du cul-de-sac de Douglas présentent un piqueté hémorragique

analogue. En aucun point il n'existe de fissure péri-tonéale.

Par l'extérieur, l'hématome n'est visible qu'après écartement des grandes lèvres. La collection soulève la paroi vaginale postérieure, et vient faire saillie au travers de l'orifice hyménéal, dont la paroi postérieure a été refoulée en avant et en bas.

Elle bombe d'ailleurs dans le rectum peut-être autant que dans le vagin. La muqueuse de l'ampoule paraît sur le point de se rompre. Du côté des échan-crures sciatiques, abordées par voie fessière, on voit apparaître des deux côtés la teinte bleue de l'hématome, mais le sang a été contenu par l'aponévrose pel-vienne, et ne s'est pas épanché dans la région fessière.

Le bassin a pu être prélevé en entier par voie sous-cutanée, et en laissant en place les organes génitaux externes. Placé dans du formol pendant plusieurs semaines, le bassin a ensuite été scié suivant le plan médian antéro-postérieur.

A l'examen de la moitié droite, le bassin apparaît comme rempli par la coupé d'un énorme caillot mesurant 10 centimètres dans sa plus grande hauteur et 7 centimètres dans son plus grand diamètre antéro-postérieur. Il a une forme ovoïde à grosse extrémité supérieure tournée vers le col utérin et le Douglas, une petite extrémité inférieure reposant sur le périnée. Le caillot est inclus dans la cloison recto-vaginale.

La paroi rectale antérieure est repoussée en arrière, de telle façon que le rectum, complètement aplati, et n'ayant plus qu'une cavité virtuelle, se moule étroite-

ment dans la concavité sacrococcygienne. La paroi vaginale postérieure est refoulée en avant de sorte que la direction de la lumière vaginale est à peu près verticale. Le col utérin, très élevé, repose sur l'hématome. Le cul-de-sac vaginal antérieur atteint une horizontale passant à 2 centimètres au-dessus de la symphyse. L'urètre et la vessie ont évidemment suivi le déplacement du vagin et de l'utérus. La vessie surtout paraît grimper verticalement le long de la paroi vaginale antérieure et le long du col, dépassant en haut de 4 centimètres l'horizontale tangente au bord supérieur du pubis. La limite inférieure de l'hématome est plus difficile à préciser. Il paraît s'enfoncer en coin dans le périnée entre la partie la plus basse du vagin et du rectum, mais il est difficile de savoir s'il a effondré le périnée superficiel. Une distance de 4 centimètres sépare l'orifice vaginal inférieur du cercle musculaire du sphincter anal.

En examinant attentivement la situation de l'hématome entre rectum et vagin, on aperçoit nettement qu'il a clivé sur toute sa hauteur la cloison recto-vaginale. On reconnaît parfaitement la tunique vaginale qui est infiltrée de sang dans son tiers supérieur, l'infiltration s'étendant jusque dans les insertions cervicales et même dans l'épaisseur de la lèvre postérieure du col. Dans ses deux tiers inférieurs, la paroi est plus nette encore, parce que moins infiltrée. Tout à fait en bas, cependant, l'hématome semble s'être coiffé de la muqueuse pour bomber dans l'orifice hyménéal. En ce point, la muqueuse, très amincie, a cédé sur une petite longueur.

La paroi rectale est plus imprécise. On la distingue assez facilement en bas où l'infiltration est cependant grande, et a envahi même les fibres du sphincter strié. En haut, la paroi paraît complètement dissociée par le sang. La muqueuse a cependant partout résisté.

En arrière du rectum, il n'existe qu'une légère infiltration dans l'espace inter-coccy-anal.

Les coupes horizontales *de la moitié gauche* du bassin, après décalcification des os, montrent que l'hématome a refoulé tous les tissus pour prendre contact avec la paroi pelvienne, sauf en avant où le sang n'a pas pénétré dans l'espace prévésical.

Les examens histologiques d'une coupe horizontale n'ont pu donner aucune précision supplémentaire sur la topographiè de l'hématome.

On n'a pu mettre en évidence l'origine de l'hémorragie.

Cette dernière phrase résume l'état de la question de l'anatomie pathologique pour les hématomes vulvo-vaginaux.

C'est, peut-être, en définitive, à la clinique qu'il revient d'apprécier l'origine vraisemblable de l'hémorragie dans certains cas d'hématomes. En effet, la tension rapide, menaçante de la poche, sa rupture précoce, la reproduction en jet de l'hémorragie, tous ces signes autorisent à croire que c'est alors un vaisseau de calibre moyen qui est lésé. Ce serait donc le cas, et pour notre treizième observation, et pour une de celles de Perret où il signale en outre un jet saccadé, synchrone au pouls.

CONCLUSIONS

1° Les hématomes vulvo-vaginaux surviennent au cours de l'accouchement de façon imprévisible.

Aucune des conditions, que l'on a considérées comme favorisant la production de ces hématomes, ne présente d'intérêt clinique, et ne peut servir de base à des hypothèses pathogéniques.

2° Les hématomes vulvo-vaginaux sont habituellement bénins.

La gravité qu'il présentaient jadis était liée aux accidents infectieux qui les compliquaient souvent.

On peut observer encore à titre exceptionnel la mort par hémorragie.

3° Les documents anatomiques, du fait de la bénignité habituelle de cette affection, sont exceptionnels.

Ils ne nous renseignent que sur la topographie de l'épanchement sanguin, qui paraît d'ailleurs assez variable, mais ne nous fournissent aucune base pour discuter utilement leur pathogénie.

Vu : le Président de la thèse.

COUVELAIRE.

Vu : le Doyen de la Faculté,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Audebert et Garipuy.* — Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. Séance de Toulouse, nov. 1911 p. 372.
- Auvard.* — Thérapeutique obstétricale. Paris, 1893, p. 188.
- Bailly.* — Thrombus de la lèvre gauche de la vulve et de la paroi correspondante du vagin (Archives de tocologie des maladies des femmes et des enfants nouveau-nés. Paris, sept. 1874, p. 572.
- Balard.* — Bull. Société obstétrique-gynéc., Paris, 1922.
- Bar (Paul), Brindeau (A.) et Chambrelent (J.).* — In La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1927, 4^e édition, t. III, p. 580.
- Bar (Paul).* — Emploi du procédé de Nemburg au cours de l'incision d'un thrombus du vagin (L'Obstétrique, Paris, séance du 17 mars 1910).
- Barbaro.* — Bull. Société Obstétrique-Gynéc., Paris, 1924.
- Barnes (R.).* — Leçons sur les opérations obstétricales et traitement des hémorragies, ou guide de l'accoucheur dans les cas difficiles. Traduction sur la 2^e éd. par le D^r A.-E. Cordes. Paris, 1873, p. 469.
- Baudelocque.* — L'art des accouchements. Paris, 8^e édition, 1844, p. 263.

- Bender.* — Thrombus et hémorragie très grave au cours d'une bartholinite (O. G. P., 22 avril 1912).
- Blot.* — Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement. Thèse d'agrégation, Paris, 1853.
- Boivin (Mme) et Dubois (Ant.).* — Traité pratique des maladies de l'utérus. Paris, 1833, t. II, p. 633.
- Bories (Elié).* — Thrombus génitaux puerpéraux. Thèse de Paris, 1904.
- Bonilly (G.).* — Manuel de Pathologie externe. 3^e édit. Paris, 1892, t. IV, p. 291.
- Boyer (M. le Baron).* — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1831, t. X, p. 323.
- Budin.* — Femmes en couches et nouveau-nés. Paris, 1897, p. 13.
- Le Progrès Médical, 1887, 2^e série, t. V, p. 437.
- Archives de tocologie, Paris, 30 juin 1887, p. 564.
- Bureau.* — Guide pratique de l'accouchement. Paris, 1892, p. 206.
- Cadillac.* — Thèse de Montpellier, 1894.
- Champeau (R.).* — Contribution à l'étude du thrombus périvulvaire et périvaginal. Thèse de Paris, 1914.
- Charbonnel et Favereau.* — Bull. Soc. Ost.-Gyn., Paris, 1920.
- Cembet (Mlle).* — Revue d'obstétrique internationale. 11 déc. 1898, p. 725.
- Cauwenberghe.* — Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux (Bull. Soc. belge Gynécologie-Obstétr., t. XXIII, p. 167).
- Cazeaux.* — Traité théorique et pratique de l'art. des accouchements. Paris, 1858, 6^e édit., p. 160.

— Gazette médico-chirurgicale, 28 février 1846.

Chailly (Honoré). — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1853, p. 925.

Churchill (Flectuvo). — Traité pratique des maladies des femmes et des enfants. Traduction des D^{rs} Alex Wieland et Jules Dubrisay. Paris, 1866, 2^e partie, p. 842.

Chaintre. — Thrombus intra-vaginaux (3^e observation) (Lyon Médical, 12 janvier 1890).

Cotret (René de). — Hématomes ou thrombus vulvo-vaginaux (Journal de Médecine et de Chirurgie de Montreuil, 14 déc. 1907 et in Semaine gynécologique. Paris, 1908, p. 80).

Coulhen. — Thrombus intra-vaginal volumineux (Gazette des Hôpitaux, 25 oct. 1888).

Couvellaire (A.) et Lacomme. — Description clinique et anatomique d'un thrombus vaginal (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 3 avril 1933).

Cros (M.). — Le thrombus vaginal. Thèse de Toulouse, déc. 1910, n° 923.

Darcame-Mouroux. — O. G. P., avril 1909 (Bulletin Médical, 1909, n° 32).

Delépine. — Journal des Sciences médicales de Lille, 1901, p. 587 et in Semaine Gyn., 1902, p. 22.

Delpine. — Bull. Soc. Obst., Paris, 1922.

Demelin. — Obstétrique d'urgence. Paris, 1900, p. 13.

Deremps (de Téhéran). — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, avril 1927.

Devoir (Et.). — Thèse de Paris, 1896.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement, 1905, p. 320.

Dugés (Ant.). — Manuel d'Obst., Paris, 1840, p. 234.

Fabre. — Revue médico-chirurgicale de Paris, 1850, p. 173.

Fabre et Rhenter. — Société d'Obst. de Lyon, 1920.

Funck-Brentano. — O. G. P., Paris, 11 janvier 1909.

Galanakis (Georges). — Thèse de Paris, 1920-1921.

Gay. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, nov. 1929.

Gaulard et Bué. — Accouchements et maladies des femmes en couches, 1901, Paris. p. 168.

Gibberd (G.-F.). — Case of epistaxis and hæmatoma of vulva associated with albuminuria of pregnancy (Guy's hosp., 78 ; 249, avril 1928).

Gilles (R.) (de Toulouse). — O. G. P., avril 1911 et Semaine Gynécol., Paris, 1911, p. 156.

Hervieux. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales ; suites de couches. Paris, 1870, p. 457.

Himnelfarb. — Zentralblatt für Gyn., 1888.

Hubert de Louvain. — Cours recueillis par de Cooman, 1863-1864.

Jacobi (Félix). — Zentralblatt f. gyn., 44 ; 630, 12 juin 1920.

Jacquemier. — Manuel des accouchements. Paris, 1846, t. II.

Johamowsky. — Arch. f. gyn., Bd. XI, p. 375, 1877.

Johannsen (T.). — Zentralblatt f. gyn., 44 ; 856, 31 août 1920 ; abst. 75 : 1301, 6 nov. 1920.

Krause (H.). — Zentralblatt f. gyn., 49 : 2465-2468, 31 oct. 1925 (illus.).

Labry (R.) et Chavent. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, mai 1929.

Legonais. — Dictionnaires des Soc. Médicales, Paris, 1821, t. 55.

Lehle. — München Medizinische vocherschrift, 1912 (s. 1924).

Lenief. — Thèse de Paris, 1910.

Lepage. — O. G. P., Paris. Séance du 6 avril 1903, p. 60.

Lévy (François). — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, janvier 1928.

Libov (B.-A.). — Wretch, 1899, n° 24.

Liepmann. — Berlin Med. Gesellschaft, 1909.

Lohlein. — Zentralblatt f. gyn., 1913.

Loviot et Rulhelot. — Marseille Médical, 1923.

Loviot. — Soc. Obst. et Gyn., Paris, 13 mars 1890.

— Soc. Obst. et Gyn., Paris, 9 octobre 1890.

Luvoff. — Zeitschrift f. geburt gyn., Bd. XIII, heft 1, 1887.

Madon. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, n° 5, 1924.

Max. — Thèse de Paris, 21 avril 1910.

Maygrier. — Journal des Praticiens, Paris, 11 juin 1904.

Montgomery (W.-F.). — Revue médico-chirurgicale de Paris, 1852, t. II, p. 48.

Morosoff (K.-F.). — Wretch gaz., n° 34, p. 1145-1147, 15 août 1930.

Narvaez (F.). — Rev. méd. de Yucatan, n° 16, 2-9 juin 1930.

Nengebauer. — Monatschrift f. geburtshilfe und Gyn., Bd. 9.

Neumann. — Zentralblatt f. Gyn., 33, p. 1503, 1909.

Oui. — Bulletin de l'O. G. P. Réunion de Lille, 20 juin 1912, p. 368.

Paquy (E.). — Manuel de pratique obstétricale, Paris, 1910, p. 329.

Perret (Paul). — Thèse de Paris, 1864.

Perreymond (de Toulon). — Annales de gynécologie, Paris, fév. 1888, p. 97.

Philipar. — Thèse de Paris, 1900.

Pinard. — Bulletin médical, Paris, 1900, n° 53.

— Revue pratique Obst. et Pédiatrie, 1911, p. 483.

Pluylair (W.-S.) — Traité, 2^e édition, traduite par le D^r Vermeil, Paris, 1879, p. 483.

P. M. C. —

Potocki. — O. G. P. de Paris, fév. 1910 p. 73.

Potocki et Sauvage. — Annales de gynécologie, 1913.

Pottet, Lévy, Champeau. — Comptes rendus Soc. Obst. Gyn. et Pédiatrie de Paris, 11 déc. 1911.

Reich. — Wiener Klin. Wochenschrift, 1910.

Rhenter. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, 1925.

Rhenter, Pigeaud et Guillermin. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, janv. 1928.

Rhenter et Roman-Monnier. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, avril 1928.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, Paris, 1898, p. 998.

Robuchon. — Archives de tocologie, Paris, mars 1875, p. 186.

Römer. — Zentralblatt f. Gyn., 1913.

Rotlauf. — Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gyn., Bd 61.

Rouvière (Alger). — L'Obstétrique, Paris, oct. 1910, p. 842.

Rusthen Parker. — British Medical Journal, 28 mai 1887.

— Répertoire universel d'Obst. gyn., n° 23, p. 435, 25 août 1887.

Sahler (J.). — Wiener Klin. Wochenschrift, 88, 575-577, 11 juin 1925.

- Sassenoff*. — Annales de gynécologie, 1884.
- Scanzoni (F. de)*. — Traité des maladies des organes sexuels de la femme, traduit par les D^{rs} H. Dor et A. Socin, Paris, 1858.
- Schachmann*. — Thèse de Paris, février 1898.
- Schulze (E.)*. — Zentralblatt f. gyn., 48 ; 1591-1595, 19 juillet 1924 (illus.).
- Stepanoff (Mme S.)*. — Thèse de Paris, 1901-1902.
- Tarnier et Budin*. — Traité de l'art des accouchements, Paris, t. III, p. 660 et 680.
- Tissier*. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, 10 janvier 1895, p. 3.
- Thibaudier (R.)*. — Thèse de Lyon, 1921.
- Triantis (d'Athènes)*. — Progrès médical, Paris, 23 février 1889, p. 146.
- Valois*. — Montpellier Médical, déc. 1902.
- Valois-Rousset, Montagne*. — Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris, 1924.
- Velpeau (Alf.)*. — Traité de l'art des accouchements, Paris, 1835, 2^e éd., p. 214-245.
- Dictionnaire de médecine, Paris, 1846, 2^e éd., t. XXX, p. 268.
- Vermeulen (H.)*. — Bull. Soc. Obst. Gyn., Paris, mars 1928.
- Vinay*. — Lyon Médical, 26 sept. 1897, p. 89.
- Vitrac*. — Gazette des Hôpitaux de Toulouse, 1910, p. 141.
- Semaine gynécologique, 1910, p. 152.
- Voren et Rhenter*. — Bull. Soc. Obst. et Gynécol., Paris, 1925.
- Vonters*. — Soc. Obst. de Paris. Réunion de Lille, 28 décembre 1910, p. 78.

Wachtel (M.). — Zentralblatt f. Gyn., 52, 3019-3021,
24 nov. 1928.

Walter. — Zentralblatt f. Gyn., 1905.

Wimpfheimer. — Arch. f. Gyn., Berlin, 1910.

Winckel. — Lehrbuch der Geburts-Hilfe, t. III, p. 232.

Wright (A.-L.). — Analyse de l'obstétrique, nov. 1902.

— Ann. Gyn. and Pediatrics, Boston.

Wyffels. — Revue médico-chirurgicale de Paris, 1849,
p. 370, t. V.

Zubrzycki. — Zentralblatt f. Gyn., 1913.

